

*ceto*

revista

CENTRO DE  
ESPECIALIDADES  
EM TERAPIA  
OCUPACIONAL

Ano 10 - Número 10 - 2007

São 30 anos.

Aqueles que não têm estado conosco pedem que definamos o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).

Bem, minha gente, aí vai: O Método Terapia Ocupacional Dinâmica vem sendo construído ao longo de trinta anos no **ceto**. Ele foi definido a partir de observações e investigações da Clínica. Como Método, seu núcleo duro, isto é, o primeiro pilar da teoria da técnica é a **relação triádica**, composta por paciente, terapeuta e atividades. O caminho processual para caracterizar o Método é a **dinâmica específica** pela qual movimentos de ação e outros de reação são determinantes da **dinâmica relacional entre esses três termos**.

Agora, para se saber como proceder dentro deste Método, é preciso caminhar também através de uma formação como fizeram as colegas articulistas deste número. Seus escritos demonstram a clareza do saber em um Método Clínico que lhes permitiu escolher caminhos processuais em diferentes clínicas.

Nossos trinta anos valeram e nos orgulhamos disto.

Este aniversário vamos comemorar do nosso jeito: com um dia de estudos em um Fórum. Fórum este organizado também, pelas novas participantes do **ceto**: Alessandra Pellegrine, Alessandra Reis Pinto, Gabriela Cruz de Moraes, Giovana Pellatti, Renata Varela, Suzete Bertolote, Taís Quevedo e Tatiane Cecatto. Sejam bem vindas!

Completamos a comemoração com o lançamento desta edição.

De início, Karina Rodrigues Matavelli Rosa, em linguagem poética, passeia pelos nossos principais pressupostos para apresentar a Terapia Ocupacional.

Mattingly, antropóloga prefaciada por nós, pesquisadora de como terapeutas ocupacionais pensam sua clínica, apresenta formulações que se compõem com os principais aportes do MTOD como a relação triádica, a construção de narrativas e o diagnóstico situacional.

Gabriela Cruz de Moraes transita com propriedade na aplicação da técnica trilhas associativas, criando narrativas constituintes tanto da história de sua paciente como da história da própria relação triádica.

Tatiane Cecatto e suas especializadas Larissa Hebling Frungilo e Thaís Aparecida Peral falam da importância da elaboração do diagnóstico situacional em terapia ocupacional para a definição de como e quem pode ser atendido num contexto institucional específico como uma enfermaria psiquiátrica.

Alessandra Camargo Pellegrine, a partir dos pressupostos do MTOD, estabelece as conexões com o Modelo Lúdico de Ferland para pensar de que forma o brincar na clínica da infância pode estar inserido na lógica interna da profissão.

Daniella Melo, relatando um processo de terapia ocupacional de uma paciente idosa, nos mostra como o MTOD não possui limites em sua aplicabilidade.

Gabriela Cruz de Moraes, agora acompanhada por Juliana Tito, demonstra a necessidade de uma visão ampliada do cotidiano do paciente para a construção do diagnóstico situacional em terapia ocupacional.

Por fim, nestes trinta anos, temos recebido o respeito e confiança de mais de duas centenas de terapeutas formadas em especialização clínica e em seminários de pesquisa. A essas tantas e as que ainda estão conosco, muito obrigada pela dedicação a nós e parabéns pelos seus estudos, responsáveis sem dúvida pelo desenvolvimento da terapia ocupacional.

Jô Benetton  
Sonia Ferrari

**Diretora**  
Sonia Ferrari

**Editora**  
Jô Benetton

**Conselho Editorial**  
Alessandra Camargo Pellegrine  
Alessandra Reis Pinto  
Ana Paula Mastropietro  
Gabriela Cruz De Moraes  
Giovana Pellati  
Giovana Martini  
Luciene Vaccaro De Moraes  
Renata Varela  
Suzete Bertolote  
Taís Quevedo Marcolino  
Tatiane Cecatto  
Viviane Maximino

**Editoração eletrônica**  
Iara Espósito

**Responsabilidade editorial**  
Denise Queiroz de Freitas  
Fred Navarro MTB 13.702  
Vicente Barbado

ISSN: 1518-9716

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

Impressão:  
Centrográfica Editora e Gráfica  
Tel (11) 3726.4343  
centrografica@centrografica.com.br



**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** ..... 3  
Karina Rodrigues Matavelli Rosa

**A natureza narrativa do Raciocínio Clínico** ..... 4  
Cheryl Mattingly  
Tradução: Taís Q. Marcolino  
Revisão: Jô Benetton

**Trilhas Associativas: uma história contada a três** ..... 19  
Gabriela Cruz de Moraes

**Procedimentos da Terapia Ocupacional com pacientes em crise: um diálogo com o Método Terapia Ocupacional Dinâmica** ..... 26  
Tatiane Luize Ceccato  
Larissa Hebling Frungilo  
Thaís Aparecida Peral

**De lagarta a borboleta: um processo de Terapia Ocupacional** ..... 33  
Daniella de Oliveira Melo

**As relações entre o brincar na Terapia Ocupacional Dinâmica e no Modelo Lúdico: subsídios para a Clínica na Saúde Mental Infantil** ..... 40  
Alessandra Camargo Pellegrini

**Diagnóstico Situacional: uma possibilidade de avaliação em Terapia Ocupacional** ..... 48  
Juliana Contreras Tito  
Gabriela Cruz de Moraes.

**Colaboradores deste número** ..... 53

**Normas para envio de artigos e resenhas** ..... 54

# Ocupar-se da Terapia Ocupacional

Karina Rodrigues Matavelli Rosa

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional**, definitivamente, deveria ser tarefa primordial de qualquer terapeuta ocupacional. Explico-me dizendo que **ocupar-se** desta profissão é diferente de tê-la apenas e somente como **atividade** profissional.

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** é fazer da prática terapêutica um lugar de investigações, dúvidas, questionamentos, busca de conhecimentos, enfim de construção contínua e constante de teoria a partir das técnicas utilizadas na tríade : **paciente-terapeuta-atividades** .

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** é um investimento antes de tudo pessoal, pois necessita inevitavelmente de dedicação, tesão, paixão por tudo aquilo que se FAZ na prática clínica, profissional.

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** é ter a tranqüilidade e a segurança de dizer aos colegas que nos questionam sobre nossa prática clínica, que **trabalhamos, sim**, com atividades do Senso Comum , mas - com a **essência** e a **excelência** de profissionais que constroem cotidianos a partir da relação e das experiências peculiares ao nosso setting Terapêutico.

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** é não se abater e calar diante da escassez de teorias a respeito da verdadeira identidade da Terapia Ocupacional. É buscar, buscar, buscar, em nosso setting, as perguntas e respostas que irão nos

nortear na construção complexa e imprescindível de elementos teóricos que caracterizem verdadeiramente a Terapia Ocupacional.

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** é questionar a todo momento sobre a **ética** e a **estética** da nossa prática clínica, para que a Terapia Ocupacional sobreviva.

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** é participar ativamente dos debates e embates com os demais profissionais de saúde, demarcando território e defendendo com propriedade o que é só nosso.

**Ocupar-se da Terapia Ocupacional** é poder experimentar, vivenciar a chegada e a partida de sujeitos que, com o nosso investimento pessoal e a nossa prática clínica, conseguem seguir o caminho ocupando-se de suas próprias vidas.

**“Necessita-se de Terapeutas Ocupacionais que verdadeiramente se ocupem da Terapia Ocupacional !!!!!”**

# A natureza narrativa do Raciocínio Clínico<sup>1</sup>

Cheryl Mattingly

Tradução: Taís Q. Marcolino

Revisão: Jô Benetton

Palavras-chave: antropologia, cultural

Apresentação :

Jô Benetton

Sonia Ferrari

Desde que foram publicados, este e outro artigo da Cheryl Mattingly ficaram rolando entre nossos escritos e estudos. Jô leu-os rapidamente e pensou que teriam de ser traduzidos e publicados.

Que pena! Não sabemos o que aconteceu com eles.

Muito tempo depois, quando Taís Marcolino preparava sua dissertação de mestrado, lembrou-nos deles.

Agora estamos publicando o primeiro deles e Sonia e eu sentimos muito não ter-lhes dado a atenção que mereciam.

Ao lê-lo, ou melhor, ao estudá-lo, vocês perceberão que quase tudo que está nos resultados da pesquisa de Mattingly sobre como a terapeuta ocupacional pensa sua clínica, são, sem dúvida, expressões narradas dos pilares do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).

Como sempre temos ensinado, no *ceto*, podemos encontrar, nos estudos e pesquisas desenvolvidos dentro da própria Terapia

Ocupacional, conceitos e formulações da teoria da técnica que, muitas vezes, por descuidos, distrações ou mesmo pouco estudo, acabamos buscando em outras profissões.

O contar e construir histórias que encontramos inicialmente, por exemplo, na terapia de esquizofrênicos proposta por François Perrier, em Mattingly como resultado de pesquisa, a narrativa está no pensamento, na fala e na escrita da clínica de *experts* terapeutas ocupacionais.

O "entrelaçamento terapêutico", termo criado por Mattingly, e a "sucessão de eventos" são sustentados por nós na dinâmica da relação na triádica, onde os três termos em constante ação e reação desvendam o mundo interno e externo dos dois ou mais sujeitos participantes. Tanto estão na terapia ocupacional individual como na grupal.

O foco dessas histórias e o fundamento do próprio MTOD estão na saúde, apesar de jamais deixarmos de levar em consideração a repercussão da doença na vida do paciente.

Na Trilhas Associativas, técnica do MTOD, contamos histórias por associação entre atividades propostas e lembradas, com "explicação pelo sentido" das "ações", nos três tempos da vida e pela construção de histórias clínicas no tempo da clínica.

Nossa compreensão inicial do caso é feita através do Diagnóstico Situacional, onde, como partícipe da história, a terapeuta ocupacional busca

responder pelas informações diretas com o paciente e indiretas com pessoas próximas, familiares, amigos e profissionais, e suas próprias observações durante a realização de atividades e procura responder "em que história ela se encontra". Posteriores observações e percepções, e as várias técnicas processuais do Método dão uma localização da história do sujeito nos tempos passado e presente que irão sustentar as perspectivas futuras.

Creemos nem ser necessário mencionar que o instrumento da terapia ocupacional das terapeutas ocupacionais, sujeitos da pesquisa de Mattingly, são as atividades e é por aí que começamos a falar a mesma língua. Entretanto é preciso precisar. Em publicação anterior, (Revista *ceto* 2006) Pearson, procurando estabelecer a diferença entre os termos atividade e ocupação, coloca o primeiro com um sentido universal e o segundo é tão particular que restringe o seu uso para a terapia ocupacional. Por outro lado, Magalhães no *ceto*, (2007), tratando da "Ciência Ocupacional", refere ao termo ocupação como universal no qual se inserem as atividades.

Para nós, estar ocupado não qualifica nem dá sentido à ação do homem. É preciso nomear a atividade que o homem realiza para poder qualificá-la em relação a esse homem e assim o é também em terapia ocupacional.

No MTOD, estamos sempre preocupadas com o processo terapêutico como um todo e a repercussão desse processo no cotidiano do paciente, isto é, na sempre possível alteração da sua inserção social. Esse processo como um todo é o processo de agir e reagir para construir uma história a qual será veículo do sujeito para outras histórias construídas na sociedade. Duas antropólogas são as narradoras da nossa história clínica, isto é, a das terapeutas ocupacionais. Allué (Trilhas Associativas, 2006) como paciente de terapeutas

ocupacionais e Mattingly nas suas pesquisas. Ambas demonstram a trama entrelaçada de uma relação triádica num setting que está num porão do hospital ou no metrô de Nova Iorque.

Por fim, falamos às jovens terapeutas ocupacionais interessadas em ser estudiosas da clínica terapia ocupacional. Como Mattingly relata, é difícil transmitir em supervisão essa clínica de pensamento narrativo. Também não é possível aprisioná-la num modelo, pois cada caso é singular. Daí a nossa proposta no *ceto*, da formação através do MTOD, criado por nós e ensinado através de um caminho metodológico, em que os conceitos são exaustivamente apreendidos para que cada terapeuta ocupacional desenvolva sua própria clínica.

## Resumo

O raciocínio narrativo é um modo central de raciocínio clínico em terapia ocupacional. Terapeutas pensam narrativamente quando estão preocupados com a disfunção [*disability*] como uma experiência de doença, isto é, como uma condição psicológica que afeta a vida da pessoa. Neste artigo, o raciocínio narrativo está em oposição ao raciocínio proposicional, sendo que duas formas de raciocínio narrativo serão examinadas. A primeira é o uso da narrativa como uma forma de discurso que pode ser contrastado com o discurso biomédico, no qual a disfunção é compreendida como uma patologia física. A segunda envolve o ato de criar e de contar histórias. Os terapeutas procuram tecer uma trama em seus encontros terapêuticos com os pacientes, ajudando a criar uma história terapêutica que se tornará uma história curta e cheia de significados dentro da longa história de vida do paciente.

Muitas profissões identificam um bom raciocínio com um processo que se parece com o do método

científico – uma aplicação, na prática, do conhecimento abstrato testado empiricamente (teorias) e do conhecimento factual generalizável. Aqui, o conhecimento envolve o reconhecimento de instâncias específicas de comportamento baseadas em leis gerais que regulam a relação entre a causa e os efeitos (ver Mattingly, 1991, para uma maior discussão desta questão). Há muitos debates na filosofia da ciência sobre o quanto este modelo de conhecimento caracteriza até as ciências duras, como a Física (Kuhn, 1962; Putnam, 1979; Rorty, 1979). Discute-se também o quanto é possível o método científico oferecer um modelo apropriado para caracterizar o raciocínio profissional (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Schön, 1983, 1987). Eu entro neste debate defendendo que um modelo narrativo de pensamento, em oposição ao raciocínio científico no sentido tradicional, é fundamental para o raciocínio dos terapeutas ocupacionais.

Terapeutas utilizam histórias para pensar de dois modos distintos, mas igualmente importantes – ao contar histórias e ao criar histórias. *Contar histórias* é um modo de discurso extremamente importante e subestimado na terapia ocupacional. Recentemente, houve um grande interesse de outras profissões da saúde em compreender as histórias vividas pelos pacientes (Coles, 1989; Kleinman, 1988). Ao longo do Estudo de Raciocínio Clínico da Associação Americana de Terapia Ocupacional e da Fundação Americana de Terapia Ocupacional, tornou-se claro como os terapeutas não contavam somente as histórias que ouviam de seus pacientes, mas, sim, contavam histórias sobre seus pacientes. Além disso, algo fundamental no processo de contar histórias é a compreensão do terapeuta sobre como o paciente está lidando com a disfunção e como trabalhar com um paciente problemático. A criação de histórias clínicas no tempo da clínica é a segunda forma utilizada pelos terapeutas ocupacionais em seus processos de

raciocínio. Eu chamo esta criação de *entrelaçamento terapêutico*.

### **Raciocínio Narrativo e a Criação de Histórias: Oferecendo Sentido à Experiência com a Doença.**

Será que isto significa dizer que os terapeutas ocupacionais pensam sobre seus pacientes ao contar histórias e que esta é uma forma elementar de pensamento em suas práticas terapêuticas? Jerome Bruner (1986, 1990), um psicólogo conhecido por seus estudos em desenvolvimento cognitivo, argumenta que os seres humanos pensam fundamentalmente de duas formas distintas. Ele chamou o primeiro tipo de *paradigmático*, que é o pensamento a partir de argumentos proposicionais e o segundo, *narrativo*, que acontece no processo de contar histórias. A diferença entre estes dois tipos de pensamento está na maneira como explicamos e oferecemos sentido ao que vemos. Quando olhamos para alguma coisa e tentamos compreendê-la a partir de argumentos proposicionais, tentamos olhar para o particular e vê-lo em termos gerais, como uma instância do tipo geral. Por exemplo, quando vemos um paciente com determinados sintomas, percebemos que estamos diante de um caso avançado da doença de Parkinson. De acordo com Bruner, ao estabelecer a ligação entre determinados sintomas e uma categoria geral de doença, estamos pensando proposicionalmente.

De outro modo, quando pensamos narrativamente, estamos tentando compreender o caso particular. Especificamente, tentamos compreender a experiência singular da pessoa. O pensamento narrativo é nossa maneira elementar de dar sentido à experiência humana. Primeiramente, fazemos isso a partir da investigação dos motivos humanos (Burke, 1945; Gardner, 1982). Pensamos narrativamente quando tentamos explicar, não quando um paciente tem a

doença de Parkinson, mas os motivos do descontentamento da esposa em ter seu marido novamente em casa. A diferença entre estes dois modos de pensamento na terapia ocupacional pode ser ilustrada pela maneira como os terapeutas utilizam o processo de contar histórias para conversar sobre seus pacientes após o almoço ou para apresentar os casos para seus colegas nas reuniões semanais de equipe.

No Hospital Universitário de Boston, onde aconteceu o Estudo de Raciocínio Clínico, os terapeutas trabalharam nos dois modos de discurso para falar sobre seus pacientes. A apresentação dos casos consistia em duas partes: apresentação formal e o contar histórias. A primeira parte, a apresentação formal, envolve um familiar na apresentação biomédica do caso. Quando os terapeutas falam na apresentação formal, focam a atenção na patologia, no geral. Os itens comumente abordados são (a) os sintomas chaves; (b) os principais acometimentos físicos típicos e as necessidades elementares, especialmente as necessidades de atividades de vida diária; (c) os objetivos da avaliação e outras formas de medir as extensões dos acometimentos do paciente; e (d) as estratégias e modalidades típicas de tratamento.

A segunda forma de apresentação do caso se dá no processo de contar histórias. Aqui os terapeutas mudam o foco da discussão que estava baseada na patologia para falar dos pacientes específicos com quem estão trabalhando e de suas experiências com a disfunção. Um exemplo deste processo de contar histórias foi retirado de uma reunião de equipe na qual uma estagiária estava fazendo a apresentação de um paciente com doença de Parkinson. Depois de falar da doença de Parkinson como uma patologia, ela começou a falar sobre as dificuldades que estava enfrentando com seu paciente com doença de Parkinson, e como a esposa deste paciente estava respondendo à disfunção do marido. Como parte de sua

descrição do tratamento, ela contou suas intercorrências com a esposa. Aqui está parte da história da estudante:

Ele [o paciente] disse que algo deveria ser mudado porque sua cama estava no piso térreo, num cômodo nos fundos. Sua esposa quis mantê-lo no piso térreo e finalmente concordou que a cama poderia ficar na sala de estar. Ele progrediu rapidamente e, após uma semana e meia, ele estava sorrindo, ficando mais sociável. Sua esposa me disse, "Ele não faz nada em casa. Eu não sei se ela está escutando o que eu estou lhe dizendo". Nós dissemos, "Ele não está apenas à toa. Muitas vezes simplesmente não pode fazer nada por causa da doença". Quando sua esposa ouviu que ele tomaria a medicação e que isto poderia melhorar sua funcionalidade, ela disse a ele, "Ótimo. Há uma série de coisas pela casa que você pode fazer". Eu não sei o quanto ela ouviu do que lhe dissemos.

Esta história disparou uma troca de histórias entre os que estavam sentados à mesa, sobre suas próprias experiências em tratar pacientes com doença de Parkinson, dando ênfase em como a doença foi vivenciada pelo paciente, pela família, ou por eles próprios para além das características médicas gerais. Quase todos os participantes contaram histórias que abordaram temas suscitados pela história inicial. O que este processo de contar histórias tem a ver com o raciocínio clínico? Quando a estudante contou sua história sobre a esposa do paciente com Parkinson, ela identificou um problema crítico para o raciocínio clínico: O que ela deveria fazer com a esposa do paciente? Qual seria a melhor forma de tratar seu paciente, dados os sentimentos da esposa? O que a esposa está realmente sentindo? Em que se baseia a negação e a raiva da esposa? Ou a

esposa está mostrando algo que está sendo confundido com negação e raiva? Todas estas são questões narrativas cujas respostas requerem um tipo de raciocínio clínico que é fundamentalmente narrativo em sua forma. Ao retornar à distinção de Bruner (1986, 1990), quando pensamos em argumentos proposicionais, tentamos transcender particularidades e buscar abstrações (isto é, por verdades que transcendam qualquer situação histórica particular). Mas a narrativa é trilhada no particular. Enquanto os argumentos proposicionais estão preocupados em compreender o fenômeno em termos de causas gerais, as narrativas estão preocupadas com as prováveis conexões entre os eventos. Bruner deu um exemplo simples para ilustrar a diferença. A sentença "se x, então y" pertence ao argumento proposicional. Um terapeuta ocupacional está trabalhando com este raciocínio proposicional quando diz "Se você vir estes sintomas, então provavelmente você está diante de um caso de doença de Parkinson". *Tal sentença se-então tem o objetivo de oferecer uma descrição abstrata de uma relação causal que prende os casos ideais concretos em um modo geral ou universal.*

Este gênero de sentenças descritivas e explanatórias pode ser contrastado com um modo muito diferente de explicação. Bruner (1986) apresentou a seguinte ilustração, retirada de E. M. Foster (1927). A sentença, "O rei morreu, e então a rainha morreu" (pp. 11-12) é uma sentença narrativa que se preocupa com o singular, isto é, algum rei e rainha específicos, mas também sugere causas que nos levam a indagar sobre as intenções. A rainha morreu ou se entregou? A rainha foi assassinada? Nós investigamos o significado de uma sentença narrativa quando pensamos em diferentes possibilidades motivacionais; nós procuramos pelo que guia a ação relatada na sentença. E a ação humana, diferentemente do processo patológico, é motivada. A narrativa dá

sentido à realidade ao ligar o mundo externo das ações e eventos ao mundo interno das intenções e emoções humanas. Perguntar, em um sentido narrativo, por que isto aconteceu é perguntar o que motivou os atores a fazer o que fizeram. Na filosofia da História, este modo de explicação narrativa tem sido chamado de "explicação pelo sentido" (Dray, 1971, 1980). Em uma história, as ações da pessoa são justificadas – ou explicadas – pelo seu lugar em algum contexto histórico específico que mostra como e por quê elas começaram, que outras ações foram consequência delas, e como estas ações evoluíram no tempo. Então, quando ouvimos algo sobre um paciente específico com a doença de Parkinson cuja esposa se queixa que ele não faz nada em casa, e tentamos explicar a ela o que está acontecendo, nós começamos a estabelecer as questões narrativas alavancadas anteriormente.

Ao se moverem entre a apresentação formal e o processo de contar histórias, os terapeutas apresentam o problema clínico de formas diferentes. A mudança na apresentação de uma discussão abstrata sobre a doença de Parkinson para a história do paciente com a doença de Parkinson, que tem uma esposa que não está cooperando, envolve muito mais que uma mudança do geral para o concreto ou do objetivo para o subjetivo.

- Na apresentação formal, o foco está na doença. A doença é o elemento principal. Mas, no processo de contar histórias, é a situação do paciente ou sua experiência com a doença que é central no raciocínio clínico. O terapeuta deve perguntar: Qual é a melhor maneira de tratar um paciente com a doença de Parkinson que vai para a casa com esta esposa específica? A gravidade e a natureza das disfunções do paciente ainda são importantes, mas elas são apenas uma parte da imagem que o terapeuta tem que formar a partir

das características singulares da situação do paciente.

Os terapeutas freqüentemente falam de uma prática *expert* como a habilidade de “colocar tudo junto” sobre um paciente específico. Penso que o que eles querem dizer aqui envolve um pensamento que é essencialmente narrativo. O terapeuta pega o que sabe sobre o processo patológico, sobre as estruturas teóricas de referência e sobre suas experiências significativas com pacientes similares e aplica todo esse conhecimento abstrato e generalizado a um caso singular, tal como este paciente cuja esposa pensa que ele pode fazer coisas na casa e resiste em levar a cama para o primeiro piso onde ele terá acesso ao banheiro.

Antropólogos médicos têm feito uma distinção extremamente útil ao olhar para o cuidado em saúde e separar a doença [*disease*] da experiência de doença [*illness*] (Good, 1977; Good & Delvecchio-Good, 1980, 1985; Kleinman, 1988; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978). Embora a medicina tradicional sempre tenha dado enfoque ao diagnóstico e ao tratamento das doenças, os antropólogos argumentam que é necessário dar muito mais atenção ao tratamento da experiência da doença, que se refere à maneira como a doença afeta a vida da pessoa. Fisiologicamente, a mesma doença pode resultar em diferentes experiências de doença, dependendo da história de vida e das possibilidades de vida de cada paciente. O paciente com a doença de Parkinson cuja esposa aprendeu tudo o que podia sobre a doença para receber seu marido em casa provavelmente terá uma experiência da doença diferente daquele cuja esposa quis relegá-lo ao subsolo da casa.

O que os antropólogos têm dito à comunidade médica durante as últimas décadas, os terapeutas ocupacionais já sabem de longa data: Para efetivamente tratar uma pessoa com disfunções

*disabilities* crônicas, devemos tratar todo o paciente, o que envolve olhar como a doença é vivenciada por este paciente específico. Tratar a experiência da doença vivida pelo paciente é essencial para uma boa terapia ocupacional e é onde está o coração do raciocínio clínico; é também onde se encontram os meandros espinhosos do pensamento. Pensar sobre como tratar a experiência da doença é, freqüentemente, a coisa mais difícil de ensinar ao estagiário ou ao terapeuta iniciante. Como um supervisor ensina um terapeuta iniciante a examinar o que está havendo com a esposa do paciente e qual deverá ser a melhor abordagem terapêutica para ajudar o paciente a fazer a transição para sua casa com esta esposa? De modo notável, quando se pensa sobre a experiência da doença, em oposição somente à doença, é, freqüentemente, difícil estabelecer quem tem a doença. Embora a doença pertença obviamente a uma pessoa – o paciente – a experiência da doença é vivida por toda a família, especialmente em casos de doenças que mudam radicalmente a vida.

Pensar sobre como tratar um paciente com a doença de Parkinson, tendo em vista o modo como a esposa responde a este adoecimento, envolve o raciocínio narrativo, pois leva em conta o ponto de vista do paciente e de sua família sobre a doença. O terapeuta deve tentar imaginar como o paciente e os vários membros da família sentem a doença, como estão vivenciando este fato, e como isto entra e muda a história de vida deles.

### **O Raciocínio Narrativo e o processo de criar histórias: criando histórias clínicas**

Terapeutas criam histórias tão bem quanto as contam. A natureza narrativa do raciocínio clínico não se manifesta somente no trabalho dos terapeutas em compreender os efeitos de uma disfunção na história de vida de um paciente

específico, mas também nas necessidades do terapeuta para estruturar a terapia de modo narrativo, como uma história a se desdobrar. Este é, talvez, o uso mais interessante e sutil do raciocínio narrativo na terapia ocupacional. A terapia pode ser vista como uma curta história dentro da longa história de vida do paciente. O terapeuta entra na vida do paciente, e compartilha esta vida com ele somente por um curto período. Frequentemente, este encontro ocorre em um momento crítico da vida do paciente, em um ponto de mutação causado pelo surgimento ou pelo fim de uma doença. Algumas vezes, ocorre também em um momento crítico de toda uma família, como frequentemente ocorre na terapia pediátrica quando uma família está se ajustando a um recém-nascido com uma deficiência ou quando uma criança portadora de deficiência vai para a escola. Se a disfunção é considerada, em termos narrativos, como algo que interrompe e muda irreversivelmente a história de vida, então trabalhar com um paciente pode ser encarado como um capítulo desta história.

Embora a linguagem narrativa não seja uma forma usual para os terapeutas descreverem suas práticas, ela ajuda a ressaltar o quão intensamente os terapeutas desejam fazer da terapia uma oportunidade para os pacientes reconstruírem suas histórias de vida, que não podem continuar a ser da mesma forma como eram quando a disfunção não estava presente ou quando não era tão séria. O terapeuta entra na história de vida do paciente e tem a tarefa de negociar com ele qual será o papel da terapia no desdobramento da doença e da história de reabilitação que ele está vivenciando agora. Para ser significativa, a terapia ocupacional deve servir como uma história coerente dentro de uma narrativa maior e inteira.

Em cada nova situação clínica o terapeuta deve se perguntar: Em qual história eu estou? Para responder a esta questão, o terapeuta deve formar

alguma compreensão inicial da situação para poder agir. O processo de tratamento encoraja, talvez até leve os terapeutas a pensar em um modo narrativo. Eles devem raciocinar em como conduzir a terapia de um paciente específico, imaginando em que contexto o paciente está agora e onde este paciente pode chegar no futuro, após a alta. Não é suficiente saber como desempenhar uma série de tarefas que possuem uma ordem abstrata baseada em um plano de tratamento típico ou geral; terapeutas devem ser capazes de criar uma imagem temporal ampla, que capture o que eles podem ver agora neste paciente específico e o que eles conseguem idealizar no futuro. Este processo de criar esta imagem é o que oferece uma base para organizar as tarefas.

Em seu estudo de raciocínio clínico com enfermeiras, Benner (1984) encontrou este modo narrativo de raciocínio em seus sujeitos, embora ela não tenha focado sua pesquisa na narrativa em si. A necessidade de um referencial narrativo foi sugerida por uma enfermeira do estudo de Benner que trabalhava em uma unidade de tratamento intensivo. Ela descreveu o que considera ser o tipo de pensamento mais essencial que gostaria que seus estudantes recém-formados adquirissem após os três meses de estágio que fazem com ela:

Em meu ponto de vista, mover a criança do Ponto A para o Ponto B é o que todos os enfermeiros sabem. Você tem que desempenhar tarefas todo o tempo para que elas aconteçam, mas desempenhar tarefas não é enfermagem... Eu quero ver uma luz acontecendo – é isto, aqui está o bebê, aqui é onde está o bebê, e aqui é onde eu quero que este bebê esteja daqui a seis semanas. O que eu posso fazer hoje para que este bebê siga em frente na estrada para que o final seja melhor? É o

tipo de coisa que só pode acontecer agora. Eles estão [os novos estudantes] somente começando a ver a coisa inteira como uma imagem e não como uma lista de tarefas a fazer (p. 28).

Este exemplo enfatiza a característica imagética que o clínico precisa aprender, em contraste com o conhecimento das tarefas e a natureza que estas imagens possuem de serem intrinsecamente atreladas ao contexto. Os terapeutas do Estudo de Raciocínio Clínico falaram de forma parecida sobre construir imagens do paciente e, especialmente, imagens futuras de quem este paciente pode vir a ser. Eles acreditavam que o que traziam em mente, mais vividamente, quando tratavam pacientes, não eram planos ou objetivos de tratamento, mas sim, imagens do paciente potencial. Por exemplo, uma das terapeutas pediátricas disse, "Você sabe, quando eu trato esta criança de 18 meses, eu vejo a criança com 3 anos, então eu a vejo com 6, aprendendo a segurar em um lápis. Eu tenho todas estas imagens na minha cabeça". Os terapeutas descreveram suas dificuldades quando os pacientes ou suas famílias possuem imagens diferentes do futuro e falaram de seus dilemas sobre até que ponto devem oferecer aos pacientes e a seus familiares estas imagens, especialmente quando são mais pessimistas. Os terapeutas encontram-se, freqüentemente, em uma posição difícil ao tentar dar esperanças a um paciente enquanto também tem que levar o paciente a saber sobre seu prognóstico ruim. Os pacientes e suas famílias podem ficar extremamente deprimidos diante de condições que são até piores das que eles imaginavam. Os terapeutas falam que estas imagens são necessárias, mas perigosas: necessárias porque o terapeuta e o paciente precisam de algumas imagens-guia, mas perigosas porque estas imagens podem cegar o terapeuta ou o paciente em relação ao que é realmente possível.

Os terapeutas do Estudo de Raciocínio Clínico estavam, como as enfermeiras de Benner (1984), conscientes da necessidade de criar imagens apropriadas de um paciente específico. Na visão dos terapeutas, os objetivos gerais de tratamento originados do conhecimento generalizado sobre déficits funcionais e possibilidades de desenvolvimento foram considerados guias insuficientes para a prática. Ao invés disso, eles trabalhavam com guias mais concretos, imagens e histórias, que formavam o "todo" que os conduziam a escolher seletivamente quais aspectos de seu conhecimento eram mais apropriados para determinada situação. Estas imagens eram organizadas temporal e teleologicamente, oferecendo aos terapeutas um sentido de finalidade a partir do qual eles podiam se guiar. Embora estas imagens do futuro não sejam formuladas em palavras, há menos que haja alguma necessidade de explicitá-las, elas fazem parte do que eu chamo de *história prospectiva do tratamento*. Nesta história prospectiva, os terapeutas visualizam um futuro possível e desejado para o paciente e imaginam como devem conduzir o tratamento para que este futuro aconteça.

As abordagens e as etapas do tratamento, que os terapeutas tentam seguir, também são influenciadas por estas imagens. Estas histórias, originadas de experiências particulares e cenários estereotipados (coletivizados), projetam-se sobre novas situações clínicas para ajudar os terapeutas a dar sentido à história em que se encontram e a compreender para onde eles devem caminhar com seus pacientes específicos. O terapeuta tenta então atuar suas histórias projetadas em novas situações clínicas, trabalhando de modo improvisado para construir narrativamente a partir de qualquer coisa que tenha acontecido na sessão clínica, e então adicionar à história que está sendo criada. O terapeuta vê uma possível história, que ele

reconhece como significativa clinicamente, e então tenta tornar esta história realidade ao construir episódios individuais em seus encontros clínicos e trata-os como partes de um todo maior desdobrando-se narrativamente. Histórias prospectivas de tratamento eram baseadas no que os terapeutas observavam e inferiam sobre a longa história de vida dos pacientes, a qual envolve tanto o passado como o futuro. As histórias terapêuticas que os terapeutas imaginavam ganhar poder e plausibilidade como parte de um contexto histórico maior que incluiu um passado que começou antes da terapia e um futuro que se estenderá após o fim da terapia.

De forma notável, a história prospectiva não pode ser igualada aos objetivos e planos de tratamento, embora estes sejam incorporados a ela. Terapeutas tentam criar experiências terapêuticas significativas e não simplesmente alcançar determinados objetivos da maneira mais eficiente possível. Eles estão preocupados com o processo da terapia como um todo, no qual os pacientes terão experiências terapêuticas significativas ao lidar com desafios de forma bem sucedida, tais desafios irão motivá-los a acreditar na terapia e a trabalhar duro. Ao ouvir histórias terapêuticas de sucesso, achei raro o sucesso ter sido medido por alcançar o objetivo final. Ao contrário, a maioria dos terapeutas falou do sucesso como sendo a criação de experiências terapêuticas ao longo do processo, nas quais os pacientes desenvolveram uma melhor confiança e comprometimento em lidar com os desafios. A história global do tratamento se materializou.

Os terapeutas no Estudo de Raciocínio Clínico também trabalharam para criar experiências significativas para os seus pacientes, aquelas que merecem ser narradas, porque se a terapia precisava ser efetiva, então os terapeutas tinham que achar uma maneira de materializar o processo

terapêutico para o paciente. Cada terapeuta encarou o problema de construir atividades terapêuticas que foram suficientemente significativas para fazer com que os pacientes participassem ativamente. Os pacientes tiveram que ver algo que os interessasse na terapia. De outra forma, por que eles deveriam tentar? Se o paciente não tentar, a terapia não funciona. Parte disto se deve ao pedido do terapeuta para que o paciente faça coisas na terapia que ele ainda não se sente pronto ou acredita que não valerá o esforço. Mas, mais importante, os pacientes tiveram que se comprometer, pois precisaram se envolver nas atividades terapêuticas. Os terapeutas, freqüentemente, ficam com os pacientes por um pequeno tempo – somente algumas semanas ou menos. Eles devem ensinar uma série de habilidades ou devem melhorar um pouco o alongamento do paciente, mas geralmente, eles efetivamente dependem do uso da terapia como um catalisador para ajudar os pacientes a começarem a ver o que eles podem fazer por si mesmos, mesmo quando o terapeuta não estiver presente.

Por exemplo, um terapeuta está trabalhando com um paciente com lesão medular, ensinando-o a mover peças de xadrez com um bastão de boca. Não é suficiente este paciente aprender a mover as peças de xadrez para que a terapia seja bem sucedida; ele deve assumir estar comprometido com a tremenda concentração necessária para desempenhar esta tarefa que anteriormente era trivial. Ele deve assumir o porquê de trabalhar tão duro em algo que uma vez foi tão fácil. Isto é tão crítico quanto às habilidades que ele adquire. O tempo junto ao terapeuta, em si, deve oferecer um tipo de imagem existencial de como ele deve viver sua vida no futuro, com esta deficiência. A terapia não irá funcionar, não de modo catalítico, quando os pacientes vão para casa ao deixarem o hospital, e não estiverem fortemente

comprometidos com o processo. Sem experimentar o tratamento pelas atividades em uma instância comprometida, eles não verão nenhum futuro nela. Eles não verão qual é o alvo a ser atingido.

Se o paciente vem a se comprometer com o processo terapêutico, então tanto o paciente como o terapeuta devem partilhar uma visão sobre o porquê de se engajar em qualquer tipo particular de tratamento pelas atividades, para que isto faça sentido. Vir a compartilhar tal visão, requer que o terapeuta e o paciente vejam como este tratamento pelas atividades levará o paciente a algum futuro que ele ou ela podem cuidar desde agora. Tal visão não pode ser reduzida a um prognóstico geral ou mesmo a uma compreensão partilhada do plano de tratamento. O terapeuta e o paciente devem compartilhar a história sobre o processo terapêutico; eles devem se ver em uma mesma história. Isto é um tipo de história futura, uma história que ainda não aconteceu, ou que parcialmente aconteceu – uma história que ainda não tem fim.

Como uma história como esta é construída? Geralmente ela não é construída mediante uma narração explícita, mas, ao contrário, mediante a partilha de experiências terapêuticas poderosas que apontam para uma história prospectiva – o caminho que a terapia irá tomar. O raciocínio clínico requer que o terapeuta veja as possibilidades para (a) criar experiências importantes nas quais o paciente possa ter interesse, (b) mover-se para agir nestas possibilidades, (c) responder aos movimentos que o paciente retornar, e (d) construir na experiência, mostrando ao paciente um futuro no qual a experiência terapêutica se torna um bloco da construção. Na linguagem da narrativa, a experiência se torna um episódio em uma história muito maior. O terapeuta conta a história não em palavras, mas em ações que criam uma experiência com a qual o paciente pode lidar.

Eu me apoiei no trabalho dos filósofos Ricoeur (1984) e White (1987) que descrevem este trabalho terapêutico como um “entrelaçamento”. A tarefa narrativa dos clínicos é a de pegar os episódios de ação dos encontros clínicos e colocá-los em uma trama coerente. Uma trama é o que dá unidade, ao invés de uma sucessão de eventos sem sentido. De forma simples, “entrelaçamento é uma operação que desenha uma configuração a uma simples sucessão” (Ricoeur, 1984, p. 65). O que chamamos de história é precisamente esta ordenação de uma sucessão de eventos (i.e., uma série de atividades de tratamento) em partes que pertencem a uma narrativa maior e global. Quando um processo terapêutico foi entrelaçado com sucesso, ele é conduzido e moldado para um sentido de fim (Kermode, 1966). Ter uma história singular é ter produzido um todo de uma sucessão de ações. Estas ações, então, assumem seus significados ao pertencer e contribuir para a história como um todo. Uma história, escreveu Ricoeur, “deve ser mais que a enumeração de eventos em uma ordem serial: deve se organizar em um todo compreensível, de modo que possamos sempre perguntar qual a ‘idéia’ desta história” (p. 65).

As narrativas oferecem uma estrutura de sentidos à vida ao longo do tempo. As narrativas contadas constituem, emprestando o argumento de Ricoeur (1984), uma ação compreendida como uma história não contada até então. Ou, na frase provocativa de Ricoeur, “ação é a empreitada da narrativa” (p. 74). Terapeutas estão em uma cruzada para transformar suas ações e as ações de seus pacientes em histórias ainda não contadas.

Isto pode ser traduzido em uma linguagem clínica mais familiar como uma leitura narrativa dos objetivos de tratamento. Quando um terapeuta ocupacional faz uma avaliação do paciente, o resultado é uma lista de objetivos de tratamento. Objetivos, de acordo com Ricoeur (1984), não são predições do que irá acontecer; ao contrário,

eles expressam as intenções e preferências do ator. Estes objetivos expressam um comprometimento terapêutico. Eles capturam o que o terapeuta pretende realizar ao longo do curso da terapia. Os objetivos do tratamento é uma expressão do compromisso do terapeuta de cuidar de um paciente específico.

Como terapeutas ocupacionais têm apontado (Rogers, 1983; Rogers & Kielhofner, 1985), uma primeira tarefa do raciocínio clínico é a individualização dos objetivos de tratamento. Narrativamente, individualização envolve a construção de uma história singular do processo de tratamento ao invés de confiar em linhas genéricas de ação que dispõe, lado a lado, os objetivos *standartizados* e as atividades.

#### Entrelaçamento terapêutico: um exemplo de caso

Uma maravilhosa ilustração do processo de usufruir narrativamente o tratamento é dada por O'Reilly (1990), que, como parte do Estudo do Raciocínio Clínico, descreveu seu trabalho com um grupo de pacientes portadores de dano cerebral. O'Reilly narrou uma situação na qual lhe foi solicitado que assumisse um malogrado grupo de dano cerebral que estava sendo pouco investido. A primeira coisa que a aborreceu foi o nome do grupo – o Grupo de Membro Superior. Ela descreveu sua primeira visita ao grupo, “Eu entrei na grande área de tratamento de TO/FT na qual vi muitos internos espalhados nas mesas e nos equipamentos de exercício... Em uma mesa, um interno cuidadosamente colocava pequenos pinos em uma tábua de pinos... O que era mais memorável era o silêncio. Exceto pelo ranger das polias com pesos, de um pino que caía ou da voz tranqüila da terapeuta, não havia um som naquela sala” (p.2).

O'Reilly notou que muitos dos membros do grupo não estavam presentes, e quando ela começou a investigar, eles lhe disseram, “Isto aqui é uma perda de tempo”. Ela tentou muitas estratégias para atrair o grupo de volta, mas nada funcionou. Ela tentou compreender o que estava acontecendo:

Eu gostaria de saber, ‘O que há de errado com este grupo?’ e fiz uma lista mental:

1. O nome – eu vou falar com os internos sobre isso.
2. As atividades – sem significado, sem finalidade, sem objetivos relacionados ao cotidiano, nenhum objetivo que pertença aos pacientes.
3. Nenhuma interação dos membros com a terapeuta.
4. Ninguém está se divertindo – os internos estão entediados e a terapeuta está entediada (e maçante?).
5. Os internos experimentam algum progresso?
6. Quais as razões para atender ou não atender?  
E não há direção – nenhum tema. (O'Reilly, 1990, p. 2)

Embora O'Reilly não use a linguagem de uma história para descrever os problemas que ela notou, esta lista poderia facilmente ser recontada em termos narrativos. Sua avaliação de que o grupo não tinha direção e nem tema poderia ser reformulada para dizer que não havia uma trama para o grupo; não havia uma história na qual os membros do grupo fizessem parte. O grupo não ia a lugar algum, falando narrativamente. Qualquer grupo de atividades não é apenas um episódio em uma história desdobrada que os membros compartilham. As atividades do grupo enfocavam as partes doentes do corpo, como fazia supor o nome do grupo (Grupo de Membro Superior). Embora os exercícios possam ajudar a

melhorar a funcionalidade do corpo, eles não carregam nenhum significado intrínseco para os membros do grupo, porque o grupo de atividades não faz sentido algum nesta curta história dentro da longa história de vida dos pacientes.

A terapeuta ponderou o que fazer para começar a pensar nos membros do grupo individualmente. Sua maneira de tentar compreender representa um deslocamento de uma abordagem biomecânica da disfunção dos membros de grupo para ver esta disfunção como tendo significados pessoais em suas vidas. Ela descreveu seu raciocínio desta forma: "Eu pensei nas pessoas. O que eles querem? Do que eles precisam? Eles são tão jovens; e estão tão longe de casa. Eles querem ir embora. Eles querem ir para casa. CASA! Todos eles são de Nova Iorque! É isso! NOVA IORQUE! Eu tenho um tema para começar" (O'Reilly, 1990, p. 2).

O'Reilly estava pensando de forma narrativa. Ela não estava contando uma história, mas estava começando a enxergar uma história prospectiva na qual todos os membros do grupo poderiam fazer parte. Ela escreveu:

Eu tenho um tema para começar, mas eu não sei nada sobre Nova Iorque. A Diretora do Programa é de Nova Iorque... Eu vou agora mesmo para seu escritório. "Nova Iorque", eu deixei escapar, "O Grupo de Membro Superior, eles são todos de N. I., nada, tudo". Ela listou: "Empire State Building, Estátua da Liberdade, Ferrovia Long Island, o metrô". Sorrindo, "Você poderia ter um Grupo do Metrô de Nova Iorque". Eu repeti, "Nós poderíamos estar no metrô. Eles podem me levar para Nova Iorque. O que isso lembra – grafiteagem? Nós podemos grafitar. Eu preciso de uma sala nova, longe da grande sala de tratamento. Podemos usar a pequena sala de reuniões?" A Diretora do Programa respondeu "sim" e acrescentou que ela tinha um mapa do metrô de N. I. e que iria trazê-lo. "Eu serei a condutora... eu

tenho um terno azul." Ela disse, "eu acho que eu tenho um pequeno chapéu engraçado que passará por um chapéu de condutor." Nós vamos rir em todas as possibilidades desta atividade. Isto vai ser divertido! (O'Reilly, 1990, p. 3).

Ao decidir criar uma terapia de grupo em torno do tema de Nova Iorque, O'Reilly não apenas localizou a terapia em algo relevante do passado destes pacientes, mas também a localizou em um futuro que eles desejavam. Este estudo se passou com pessoas jovens internadas em uma modalidade de longa-duração para cuidados de doenças crônicas em Massachussets, cidade em que os internos raramente moravam. Estes pacientes querem ir para casa.

O'Reilly inventou a engenhosa idéia de transformar a sala de terapia na estação de metrô de Nova Iorque. Ela também arquitetou uma forma de gerar algum interesse no grupo:

Eu fui direto ao quarto do Mike e pedi-lhe que garantisse que todos viessem ao grupo hoje. "Eu planejei um tipo diferente de atividade hoje, e eu realmente gostaria de poder conversar com todos para que então a gente possa fazer alguns planos juntos". Mike pontuou que ele não iria pois odiava o grupo. Eu disse a ele que compreendia isso e que talvez ele pudesse reunir todo mundo para mim, e permanecer um pouco. "Então, se você ficar realmente insatisfeito com a atividade, você pode ir embora". Ele concordou. Eu dei a ele uma pequena sacola que continha fichas de pôquer e pedi a ele que desse uma para cada membro do grupo da lista que estava junto e que eles as trouxessem ao grupo. "Certo, mas o que são essas fichas, são para quê?" "É uma surpresa. Vejo você a 1:30". (O'Reilly, 1990, p. 3)

Notavelmente, ao anunciar o grupo, ela introduziu um elemento narrativo chave a qualquer história – o elemento do suspense. Em qualquer boa história,

o leitor desejará saber o que vai acontecer depois. Para se preparar para o encontro do grupo, a terapeuta cobriu com papel três paredes da sala de terapia. Ela etiquetou alguns pontos com nomes de rua e paradas de metrô e pendurou o mapa do metrô na quarta parede.

Bem na hora marcada para o grupo começar, O'Reilly ficou ao lado da porta em seu uniforme de condutor de metrô (tentando não se sentir tão tola diante da surpresa de outros colegas do hospital) e esperou os membros do grupo chegassem. Ela própria se sentiu insegura sobre o que iria acontecer:

Eu espalhei os materiais, coloquei meu uniforme de condutor e fiquei ao lado da porta, onde havia uma placa com os dizeres: NOVA IORQUE POR AQUI. Enquanto eu esperava pelos passageiros, meu estômago se agitava de ansiedade e excitação, e eu gostaria de saber para onde esta via de metrô iria nos levar. (O'Reilly, 1990, p.3)

Ela descreveu o que aconteceu em seguida:

Assim que os membros chegaram, conduzidos por Mike, eu peguei as suas moedas, explicando que isto era a passagem ida e volta para o metrô de Nova Iorque. Nancy deu um sorriso largo, Eileen olhou perplexa. Bobby mexeu os ombros como quem não liga. Mike disse, numa grande gargalhada, "você é louca!". Assim que estes viajantes entraram na sala, eu ouvi risadas silenciosas e questionamentos como, "o que ela está fazendo?", e comentários como, "É melhor do que a outra sala". Depois, risos silenciosos, risadas, reconhecimentos. Eles foram de parada em parada, lendo, comentando, sempre sorrindo! [Assim que se voltaram para ela, ela explicou] "Vocês, pessoal, são todos de N. I. certo? Esta é uma estação de metrô de N. I. Todos vocês já andaram de metrô, certo? M. me contou que há grafite lá, palavras e desenhos nas paredes, no metrô. Vocês vão grafitar. Vocês se lembram do

grafite, não?" "Sim" sorriu Mike, "mas nada que eu pudesse fazer AQUI!". Depois disto, eu fechei a porta, e disse, "Vocês podem escrever ou desenhar o que quiserem nesta sala. A única regra é que usarão as ferramentas que eu lhes darei". Estas ferramentas foram escolhidas com uma preocupação particular para cada um dos déficits motores dos pacientes: "Lápis coloridos grossos e pesos para pulsos para Mike que tem tremor, mas pincel e tinta para Bobby que está trabalhando a coordenação motora grossa, crayons para Nancy que precisa alongar punhos e dedos, carimbos para Eileen que não consegue agüentar resistência." (O'Reilly, 1990, p. 4)

O'Reilly descreveu a reação dos "viajantes" a esta nova atividade:

Eileen perguntou, "Onde supostamente deveríamos estar?" "Em qualquer lugar que você queira estar, e quando terminar o trabalho em um lugar, você pode se deslocar para outro. Você escolhe. Nancy começou: "Isto é ótimo... Bem como quando eu era criança." E lá fomos nós!

Deste ponto em diante, não pararam mais de desenhar, escrever, conversar e rir. Tantas atividades aconteceram nesta sala que é até difícil lembrar dos detalhes. Palavras, imagens, memórias e sentimentos cobriram as paredes:

"Este lugar me suga". "Meu traseiro está fincado aqui em Mass" "Lar doce lar". E assim por diante... Eu fui de um paciente a outro, perguntando sobre o seu trabalho ou só observando. Após 35 minutos, eu perguntei ao grupo pela nossa próxima sessão. Jogo do bastão ganhou unanimemente. Então, eu tive que admitir, eu não sei nada sobre jogo de bastão, eu pedi ao grupo que eles escrevessem as regras e o equipamento que iríamos precisar e que me entregassem na terça-feira. Eles concordaram, e, na verdade, começaram a trabalhar imediatamente. Assim que saí para ver meu próximo cliente, eu disse ao grupo, "Galera,

vocês podem ficar aqui um pouco mais. Só se certifiquem de levar seus escritos e desenhos quando saírem". Fiquei pensando... a arrumação pode esperar. (O'Reilly, 1990, p. 4)

O resultado final desta intervenção terapêutica foi o início da "Gangue de Nova Iorque", como eles vieram a se denominar mais tarde. Eles se encontravam não somente duas vezes por semana, mas também informalmente nos finais de semana, nos quais eles planejavam uma variedade de eventos e atividades. Suas aventuras incluíram "fazer pretzels gigantes e cozinhar cachorros-quentes para vendê-los em um carrinho improvisado; simularam uma viagem ao Central Parque; e construíram um álbum com fotografias do grupo, da casa, desenhos, cartões postais, e manchetes do *New York Times*" (O'Reilly, 1990, p. 4). A terapeuta começou uma história que fez brotar novos episódios. Ela possibilitou uma história terapêutica em movimento. A primeira sessão do grupo que O'Reilly descreveu em seu caso, não só teve uma trama coerente, isto é, com começo, meio e fim (fazendo grafite), mas também, devido ao seu sucesso, aquela história se tornou somente um episódio em uma história terapêutica que se desdobra, na qual os pacientes se tornaram o elenco dos personagens da Gangue de Nova Iorque. Até o nome do grupo veio dos próprios membros do grupo. Intervenções biomecânicas específicas foram integradas às atividades de uma forma significativa o que levou os membros do grupo a assumirem as suas partes neste drama, e a tarefa de escrever coisas nas paredes levou cada pessoa a expressar a sua própria voz, como ela era.

Quando O'Reilly teve a idéia de fazer algo com o tema de Nova Iorque, a história prospectiva que ela começou a visualizar (a que ela concretamente começou quando demarcou a sala e vestiu o uniforme de condutor) foi muito mais que uma lista de objetivos terapêuticos. Objetivos específicos foram incorporados na trama narrativa

que ela começou. O sucesso desta intervenção terapêutica foi medido quando os próprios pacientes assumiram a história e começaram a criar novos episódios que a terapeuta não poderia ter imaginado.

Falando narrativamente, a mudança do nome de Grupo de Membro Superior para Gangue de Nova Iorque representa mudanças em uma série de interações nas quais o tempo terapêutico era tratado como uma sucessão de atividades, isto é, um movimento procedimental não leva em conta o contexto ou a imagem do paciente, para uma modelagem narrativa da interação terapêutica na qual o tempo terapêutico foi sendo tramado pela imagem do clínico de como criar uma experiência terapêutica importante para os pacientes. A eficácia terapêutica desta intervenção vai além de ir ao encontro de objetivos de tratamento. Fala sobre a criação de uma experiência que oferece aos participantes uma visão deles próprios como atores no mundo, isto é, mais que somente pacientes.

### Conclusão

Pensar narrativamente é uma via central para que os terapeutas possam considerar a disfunção nos termos fenomenológicos de vidas em sofrimento. Pensar narrativamente guia os terapeutas quando eles tratam o corpo fenomenológico; que é quando estão preocupados com a experiência de doença de seus pacientes e em como a disfunção está afetando suas vidas.

Neste artigo, eu examinei dois tipos de pensamento narrativo. Um é a narrativa como uma forma de conversa que os terapeutas usam para considerar certos tipos de meandros clínicos. Devido ao fato das narrativas serem predominantes quando a questão são as ações humanas, elas oferecem um ponto de vantagem particular do qual se pode ver a natureza da prática clínica e posicionar problemas clínicos. As histórias que os terapeutas contaram retratam a disfunção de um

ponto de vista centrado no ator. Elas eram pessoais, até individualistas, construídas sob a estrutura da atuação dos atores. A própria disfunção transformou-se de um evento fisiológico em um evento repleto de significados pessoais, isto é, em uma experiência da doença. Condições fisiológicas gerais foram colocadas em segundo plano. O que foi colocado como central foi a maneira como os atores específicos, com suas próprias motivações e compromissos, fizeram coisas pelas quais podiam elogiados ou censurados.

A segunda forma de pensamento narrativo, que ocorre na terapia ocupacional de um modo mais sutil, é fazer histórias, que envolvem a criação ao invés de apenas contar histórias. Contar histórias é sempre retrospectivo – uma forma de considerar eventos passados – ao passo que fazer histórias é amplamente prospectivo, jogar com imagens que os terapeutas possuem sobre o que eles gostariam que acontecesse na terapia. A criação de histórias como um entrelaçamento terapêutico se preocupa com a forma dos terapeutas trabalharem para estruturar narrativamente a terapia, e então criar eventos terapêuticos dramáticos que conectem a terapia à vida do paciente. Frequentemente, a busca por uma história terapêutica repleta de sentidos parece ser engatilhada pela resistência ou alienação do paciente às atividades inicialmente oferecidas, como no caso dos membros do Grupo de Membro Superior. O que quer que os impulsionem, os terapeutas tentam criar experiências clínicas nas quais haja uma ocorrência ou um evento significativo para o paciente na terapia, na qual a própria terapia seja uma curta história na longa história de vida do paciente.

### Referências Bibliográficas

- BENNER, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- BRUNER, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BURKE, K. (1945). *A grammar of motives*. Berkeley, CA: University of California.
- COLES, R. (1989). *The call of stories*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- DRAY, H. (1971). On the nature and role of narrative in historiography. *History and Theory*, 10, 153-171.
- DRAY, H. (1980). *Perspectives on history*. London: Routledge & Keegan Paul.
- DREYFUS, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- FOSTER, E. M. (1927). *Aspects of the novel*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- GARDNER, H. (1892, March). The making of a storyteller. *Psychology Today*, pp. 49-63.
- GOOD, B. (1977). The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-28.
- GOOD, B. & Delvecchio-Good, M. J. (1980). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. In I. Eisenberg and A. Kleinman (Eds.), *The relevance of social science for medicine* (pp. 165-196). Norwell, MA: D. Reidel.
- GOOD, B. & Delvecchio-Good, M. J. (1985). *The cultural context of diagnosis and therapy*. Unpublished manuscript.
- KERMODE, F. (1966). *The sense of an ending: Studies in the theory of fiction*. London: Oxford University Press.
- KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic.
- KLEINMAN, A. & Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- KUHN, T. (1962). *The structures of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- MATTINGLY, C. (1991). What is clinical reasoning? *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 979-986.
- O'REILLY, M. (1990). *The New York Subway*. Unpublished data, Tufts University Clinical Reasoning Institute, Boston.
- PUTNAM, H. (1979). *The meaning and the moral sciences*. Boston: Routledge & Keegan Paul.
- RICOEUR, P. (1984). *Time and narrative* (Vol. 1). Chicago: University of Chicago Press.
- ROGERS, J. (1983). Clinical reasoning: The ethics, science and arts. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 601-616.
- ROGERS, J. & Kielhofner, G. (1985). Treatment planning. In G. Kielhofner (Ed.), *A Model of Human Occupation* (pp. 136-155). Baltimore: Williams & Wilkins.
- RORTY, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- SCHÖN, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic.
- SCHÖN, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- WHITE, H. (1987). *The content of the form: Narrative discourse and historical representation*. Baltimore: John Hopkins University Press.

### Notas (Endnotes)

- Este artigo foi publicado na *American Journal of Occupational Therapy*, Novembro, 1991, Volume 45, Número 11, p. 998-1005.

# Trilhas Associativas: uma história contada a três

Gabriela Cruz de Moraes

## Resumo

O artigo apresenta um caso atendido sob o referencial do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, com enfoque principal na técnica das trilhas associativas. O estudo deste caso traz como reflexões o papel do terapeuta ocupacional no procedimento de tal técnica para pacientes psicóticos graves, propondo uma postura mais ativa na construção da história da relação triádica, bem como na reconstrução da história do paciente.

## Palavras-Chave

Método Terapia Ocupacional Dinâmica; trilhas associativas; atividades; psicóticos graves.

## Abstract

This paper shows the results of a treatment applied to a patient according to the basis of the Dynamic Occupational Therapy Method, mainly highlighting the "associative paths" technique. The study of this case presents reflexions over the occupational therapist's role referring to the mentioned technique procedure towards severe psychotic patients thus suggesting a more active posture when making up both the "triadic relation's" history as well as the patient's.

## Keywords

Dynamic Occupational Therapy Method; "associative paths"; activities; severe psychotics.

## Introdução

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica, segundo Benetton et al. (2003), propõe-se a uma "estruturação cotidiana apesar de doenças, deficiências, dificuldades, déficits e desvantagens". Para isso, a vivência de espaços saudáveis é privilegiada, dando-nos a premissa para o fazer e a construção do cotidiano.

A relação triádica é o núcleo deste Método, é através dela que todos os procedimentos são pensados e realizados. É uma relação dinâmica, no sentido de possuir movimento, ora o paciente está mais próximo da atividade, ora do terapeuta, e assim acontece com os três termos.

Esta relação é sustentada pelo *setting* que comporta tanto os três termos, como também os materiais, a sala, o ambiente externo e demais subjetividades construídas no ambiente terapêutico, ou seja, o *setting* é construído na relação particular do terapeuta, paciente e das atividades, como descrito por Benetton (1999): "um lugar só seu, escolhendo o canto e a forma de fincar sua base. Depois, ao reconhecer essa base, possa com ela partir e fincá-la em outros terrenos. Essa base nada mais é que a construção de um cotidiano desenvolvido através da rotina que esse campo propicia" (p.124). Para Benetton et al. (2003), o *setting* da terapia ocupacional oferece um espaço de fazer, de criar, de construir e de reconstruir histórias. Esta construção é possibilitada e, de certa forma, facilitada pelo procedimento de trilhas associativas.

Este procedimento é previsto e descrito pelo Método Terapia Ocupacional Dinâmica e tem por base o agrupamento e associação das atividades realizadas no processo de Terapia Ocupacional. Benetton (2006) define trilhas associativas como uma técnica de análise de atividade pós-realização, ou seja, é um processo que tem participação ativa do paciente, que implica na comparação e análise das atividades, construindo, de preferência, a história de uma relação no processo de terapia ocupacional.

Para Ferrari (2005) o contato com o paciente - creio que isto inclui o processo de construção da relação triádica para o procedimento de trilhas associativas - requer um "lento e artesanal trabalho de construção de uma pele / fronteira que possibilite ao paciente o contato com o outro, com o mundo, de forma que o viver não seja tão ameaçador".

A mesma autora, em outro artigo (Ferrari, 1997), refere o trabalho com psicóticos como um "convite para uma viagem onde não há como ter um roteiro pré - estabelecido; onde o estrangeiro é a marca dos dois viajantes (um em relação ao mundo do outro); onde o terapeuta (...) tem que ter um gosto pelo inusitado, uma certa paixão pela aventura."

Foi o gosto pela aventura que me fez propor a M. contar a história da nossa relação triádica através de trilhas associativas. É esta história que vou contar para vocês agora.

### Trilhas Associativas

M. é do sexo feminino, tem 48 anos e mora com mãe. Faz acompanhamento psiquiátrico em uma instituição que conta com serviços de Pronto-Socorro Psiquiátrico, Ambulatório, Hospital Dia e Enfermaria. Foi encaminhada à terapia ocupacional há um ano.

No decorrer deste ano sob o olhar da terapia ocupacional, M. realizou algumas atividades que foram revistas quando um ano de

acompanhamento foi concluído. Esta revisão das atividades foi proposta inicialmente por M. já que no momento trazia lembranças de técnicas que aprendeu comigo. Para a revisão destas atividades foi proposta a técnica das trilhas associativas. Ao todo oito atividades foram feitas e fotografadas após o término, possibilitando, desta forma, que a técnica pudesse ser concretizada.

Foram colocadas as fotos de sete das atividades (uma das atividades não foi lembrada neste momento, mas resgatada posteriormente, conforme relatado a seguir). Pedi que M. as agrupasse de acordo com alguma semelhança que encontrasse entre elas. A princípio percebi que este tinha sido um pedido difícil para ela. Ela falava de cada uma das atividades, mas agrupá-las ainda era difícil. Então propus a M. que as agrupasse de acordo com as que mais havia gostado.

M. separa as atividades em dois grupos não tão cristalizados, já que fisicamente os deixa muito juntos: O primeiro grupo inclui as atividades que "deram menos trabalho" (sic): um porta-rolô de papel toalha pintado com o auxílio de um stêncil e um banquinho pintado à mão livre com motivos florais. No segundo grupo inclui todas as outras atividades, que "deram mais trabalho e ficaram mais bonitas": uma caixa pintada com motivos florais de Bauer - cujo molde em papel de seda ela trouxe de casa; a primeira caixa de *découpage* (feita a partir da minha orientação, já que era uma técnica que desconhecia); a caixa de *découpage* que deu para a sobrinha; uma tela pequena que após o término deu para mim (a tela já vinha com o desenho riscado) e uma tela grande (um rosto de uma mulher, reproduzido de Picasso).

Proponho então uma trilha, como um espelho da sua produção para ela mesma, e pergunto a

ela se eu podia reagrupar as atividades. M. permite. Então começo a reagrupá-las em 4 grupos (de acordo com o fim tomado pelas mesmas, já que essa é sempre uma questão para M.: "O que farei com esta atividade?"(sic)), dispostos da seguinte forma: o primeiro grupo inclui apenas a atividade que não sabe que fim levou, isto é, o porta-rolô de papel toalha; o segundo grupo inclui atividades que deu de presente, ou seja, a caixa de *découpage* da sobrinha e a minha tela; o terceiro grupo compreende as atividades que estão em sua casa mas que ainda não ganharam qualquer finalidade: caixa pintada com flores de Bauer, primeira caixa de *découpage* e banquinho; e no quarto grupo coloco a única atividade que ela havia decidido que ficaria para ela, a tela do rosto. Após eu colocar este último grupo ela me diz que esta última atividade não havia ficado como gostaria (aliás, esta é sempre uma crítica que M. faz ao final de suas produções, sempre acha que poderia ter ficado muito melhor). Então faz menção à orelha da mulher, diz que gostaria que tivesse ficado coberta com o cabelo.

Neste momento, M. conta uma história que quando era pequena caiu água quente em toda a parte esquerda de seu corpo e que havia doído muito, inclusive tendo que ser levada ao hospital, mas que felizmente não deixou cicatrizes. Conta mais algumas histórias de sua infância e então temos que interromper este atendimento por questão do tempo, mas nos comprometemos a dar continuidade no próximo.

Quando M. retorna, proponho retomarmos à revisão das atividades. Inicialmente, M. pergunta-me: "De novo?". Lembro a ela que não havíamos concluído na sessão anterior e que por isso seria interessante retomarmos; ela aceita.

Espalho novamente as fotos na mesa. Prontamente M. fala que no dia anterior havia passado na sala

para pegar a tela do rosto, pois sua irmã (A.) havia vindo acompanhá-la no médico e como estava de carro aproveitou para levar a tela que era muito grande. Diz então, que, na ocasião, A. viu a tela e gostou muito, pedindo-a de presente, propondo que M. deixasse um pouco no seu quarto, mas que depois a deixasse pendurar na sala de sua casa.

M. começa então a falar de sua família. Fala de A., como cuidadora dela e da mãe, alguém em quem pode confiar, mas que também tem suas limitações já que tem marido e filhos para cuidar. Fala de seu irmão: "Ah, ele era tão bonitinho, gorduchinho" (sic), irmão este que M. aparentava, a princípio, também ter uma relação bastante difícil por ser o filho caçula. Fala de sua outra irmã, que mora em outro Estado, mas que está em fase de separação do marido, situação que deixava M., no início dos atendimentos, bastante agitada com a ameaça de a irmã voltar e "roubar" o seu lugar na casa da mãe.

Em seguida falou de seus avós, o que aprendeu com eles, com seu pai - falecido há alguns anos. Vale ressaltar que o pai de M. faleceu de câncer e, em momentos em que ela está mais agitada, repete muitas vezes que não foi ela quem o matou. Isto vem do fato de ter sido M. quem encontrou o pai morto no quarto.

M. fala também de seus sobrinhos e do fato de não ter tido filhos: "se é para ser assim, fazer o quê" (sic), mas em alguns momentos de crise isto era foco de muita raiva de M. Quando fala de seus sobrinhos, fala com muito afeto, diz ter carinho por eles e descreve cada um deles com suas características mais carinhosas. Conta de objetos que fez para eles e de impressões de inteligência, perseverança, esperteza e beleza de cada um deles. Deixo M. contar a sua história com todos os ricos detalhes que jamais havia mencionado. Durante este percurso, M. ri, chora, pega na minha mão,

me pede um abraço e enfim, chamo-a de volta para o nosso espaço. O espaço que construímos durante um ano, digo que construímos com muitos risos, choros, mas também com muitas atividades.

Então enquanto falo, vou, novamente, reagrupando as atividades. Lembro-a de como estávamos há um ano, e assim coloco no primeiro grupo o porta-rolô de papel toalha, o banquinho e a primeira caixa de *découpage* – atividades visivelmente muito aquém das habilidades de M. Retomo com ela a dificuldade inicial do contato, o grito em vez do choro – quando M. estava triste ou quando algo a incomodava, ela gritava muito, suas palavras eram desconexas e seu discurso quase incompreensível, não conseguia responder às minhas perguntas nem aceitar a minha intervenção em qualquer etapa das atividades.

Num segundo grupo, coloco a caixa que fez para a sobrinha e digo que vejo esta atividade como uma passagem. Esta atividade foi a mais demorada de ser realizada, M. passou por muitas instabilidades no período. Estava entrando na menopausa e não entendia ao certo o que estava acontecendo, chegava muito brava nos atendimentos e dizia que não era possível estar grávida. A., a irmã, é ginecologista e para M. era muito difícil ouvi-la como profissional; na época a menopausa soava como uma conspiração para ela ser infeliz e não ter filhos, diferente dos demais irmãos. No decorrer da dinâmica de realização desta atividade, M. foi aos poucos deixando que eu interviesse mais na sua atividade, ensinando etapas da realização que antes não sabia e não permitia que as ensinasse.

No terceiro grupo, incluo a tela que ela me deu de presente e a caixa com flores de Bauer e digo que neste grupo estão as atividades onde M. realmente deixa-me ensiná-la, pede minha opinião, ainda que com um pouco de resistência. Durante a realização destas atividades, M. mostra maior

discernimento de seus sentimentos, começa a conseguir chorar e falar de suas angústias, entender seu processo de menopausa, deixar que sua mãe fique mais longe da sala de atendimento sem achar que vai abandoná-la no hospital. Esta é uma fase em que M. passa também a assustar menos as pessoas do hospital, sim, assustar, porque primeiramente, M. entrava nas salas sem pedir licença, com cara de brava e quando alguém a questionava, era hostil em sua fala e em seu tom de voz. Em contraponto a isto, esta é a época em que M. passa a cumprimentar as pessoas, dar-lhes “boa tarde”, pedir-lhes licença e falar “até logo”. No entanto, permanece bastante enciumada com a relação da mãe com os irmãos, ainda ficando bastante irritada quando sua mãe resolvia que iriam passar o final de semana na chácara de A., no interior de São Paulo.

No quarto, e último grupo, coloco apenas a tela do rosto e lembro M. que o processo de construção desta atividade foi a consolidação de um estado melhor dela e de nossa relação triádica. Na dinâmica de realização desta atividade, passa a aceitar minhas sugestões de forma menos intransigente, todos os materiais que utiliza são da sala e não mais os que ela trazia de casa (separados em uma sacola dentro do armário), fala mais de seus desejos e suas angústias. Durante a realização desta atividade, seu médico foi trocado e M. ficou desestabilizada. Acompanhei a primeira consulta para conhecer a nova médica, dia em que permaneceu bastante brava e agressiva. Porém, no atendimento seguinte a este episódio, M. chega pedindo desculpas por sua atitude no dia da consulta médica e pergunta-me “como fazemos para confiar em alguém” (sic). Retomo com ela o nosso processo de conhecimento e aquisição de confiança.

Duas semanas após a consulta médica, quando chego no Hospital para o atendimento de M., escuto-a do corredor gritando, ao me encontrar xinga-me de muitos nomes e ameaça me agredir muitas vezes. Tento acalmá-la na tentativa de conseguir chegar até a sala para enfim conversarmos sobre o que estava acontecendo – isto havia acontecido algumas outras vezes, no início do processo, mas ao chegar à sala conseguia controlar M. e a intensidade de seus sentimentos. Ela parece não ouvir, coloca o dedo em meu rosto e diz que irá me matar, fala de conteúdos persecutórios relacionando o computador e eu. Não conseguimos chegar até a sala; como M. grita no corredor do Setor de Terapia Ocupacional onde estão outros pacientes e profissionais, uma funcionária acaba chamando os seguranças que levam M. ao Pronto-Socorro. Lá, ela é medicada, porém mantém-se gritando muito, assustando outros pacientes em observação, o simples fato de me ver pela janela do quarto é o bastante para deixá-la ainda mais agitada. Quatro horas após sua entrada no Pronto-Socorro, consigo, enfim, chegar perto dela. M. está perambulando pelo corredor, ao me ver, começa a chorar e pedir desculpas. Pede para sentar no sofá do corredor, deita no meu colo e pede que não a abandone, mas que nunca mais faça isto com ela (levá-la ao Pronto-Socorro), diz querer terminar o seu “trabalho” (sic). Pergunta pela mãe, digo-lhe que foi até em casa, mas que logo que estiver melhor, voltará para buscá-la. Deixo-a deitada no leito e despeço-me, assegurando que a espero na próxima semana.

Na semana seguinte, converso com o plantonista que diz que M. piorou durante a noite tendo sido indicada internação. Como não havia vaga em nossa Enfermaria, foi encaminhada a outro hospital da rede. No entanto, A. veio tirá-la de dentro da ambulância.

Depois deste episódio, M. falta a seis atendimentos; quando me ligavam avisando, as justificativas eram as mais diversas, inclusive o medo de acontecer novamente. Todas as ligações eram retornadas e na grande maioria pedia para falar com M., que me contava os seus projetos em casa e a saudade que sentia do nosso espaço.

Neste período, passou uma semana com A. na chácara, pois a mãe fez uma viagem para visitar a filha que estava se separando – M. até hoje não sabe desta viagem. Converso com A. e reafirmo o contrato de atendimentos e a necessidade da presença de M., A. compromete-se a trazê-la na semana seguinte.

M. retorna, inicialmente ainda desconfiada, pedindo que não a leve mais para o Pronto-Socorro. Retomo M. ao nosso espaço e até onde eu tenho controle. Digo que, enquanto gritar e bater dentro da sala, eu posso impedir a entrada dos seguranças, mas, quando isto acontece num ambiente de circulação maior, perco qualquer autonomia quanto a isto, pois as pessoas enxergam como risco aos demais pacientes. Inicialmente M. é resistente em aceitar os meus argumentos, mas logo quer retomar a tela, para finalizá-la – faltava apenas assinar.

Nos atendimentos seguintes, M. está tranqüila, consegue conversar, fazer planos para o Natal e para a sua vida. Fala das atividades que tem feito em casa, traz-me uma colcha de crochê que está fazendo para A. e reconstrói a relação com a mesma, que era alvo de seus delírios persecutórios devido à relação de cuidado que tem com a mãe.

M. escuta-me atentamente enquanto construo os quatro grupos e, por vezes, faz sinal de positivo com a cabeça e concorda comigo com falas do tipo: “Nossa, é mesmo!”. Finalizo a minha fala, ela vira-se a mim e diz: “E agora o que faremos com estas fotos?”, respondo: “Guardaremos, para

se um dia quisermos revê-las novamente, junto com as demais que teremos daqui para frente”.

Ela abre o armário para guardar as fotos, pega a sua sacola com os poucos materiais seus que ainda não levou para casa, coloca-a sobre a mesa e vai tirando os materiais de dentro. Neste momento, achamos dois cartões de Natal (oitava atividade) –um feito por mim e outro por ela – esta foi a primeira atividade que fizemos quando M. chegou aos atendimentos de Terapia Ocupacional. Abrimos os cartões e ela repara que o cartão que fiz está endereçado a ela e o que ela fez está em branco. Prontamente pergunta-me se eu havia feito no Natal passado para ela, confirmo que sim. Então ela diz: “E eu? Não escrevi nada para você?”, respondo que não, então ela me ajuda a finalizar a trilha: “É, eu não estava bem”.

## Conclusão

A proposta em fazer trilhas associativas com M. a princípio soava-me como algo impossível ou, no mínimo, muito distante. Isto porque M. permaneceu durante muitos meses instável, respondendo a vozes durante os atendimentos e não conseguindo concluir qualquer frase que iniciava.

Com a construção da relação triádica e a segurança do *setting* construído a partir desta relação, M. estava cada vez mais próxima de mim e deixando-me também ficar mais próxima da atividade. A idéia de impossibilidade e distância foi, aos poucos, se desfazendo e encorajando-me na tentativa de compartilhar com M. o nosso caminho na construção da relação triádica e do nosso processo na terapia ocupacional.

Inicialmente, quando proponho a M. que separe as atividades em grupos, isto lhe parece difícil, sofrido, longe de tudo o que vive e viveu. Parece pedir-me ajuda na construção dos grupos e este

também parece um pedido silencioso de ajuda na construção de sua história.

O primeiro passo que dou em encontro a este pedido de ajuda é a construção de uma “trilha espelhada”, ou seja, uma trilha que eu componho a partir do que ela me conta individualmente de cada atividade. Pois é isso que parece possível para M., falar de cada atividade individualmente.

Na construção desta “trilha espelhada” localizo as atividades espacialmente nos grupos, ou seja, organizo-as em grupos de acordo com o lugar físico que elas ocupam hoje. Tendo como base o estabelecimento de um sentido espacial e temporal de uma experiência vivida em terapia ocupacional (Tedesco, Ferrari, 2000).

Ainda na tentativa do sentido têmporo-espacial, construo a trilha que dá a noção de continuidade do processo de terapia ocupacional. A partir desta trilha é possível observar claramente a evolução de M. e da relação triádica.

A noção de continuidade é importante na medida em que proporciona ao paciente o sentido de estar e fazer em terapia ocupacional. A localização dos grupos de atividades espacialmente propicia que o paciente reveja o que fez e para onde foi, desta forma, significando o que foi e fazendo uma nova tentativa de significação do que ainda está esquecido.

A construção de trilhas associativas possibilita a criação de uma narrativa através do que foi feito, isto quer dizer, possibilita que através do concreto seja construído um espaço subjetivo de historicidade que conte não apenas a história do paciente fora do *setting* de terapia ocupacional como também a própria história da relação construída neste processo. Foi assim que aconteceu com M., a partir das atividades, dos agrupamentos e das associações, foi possível que ela contasse

sua história com detalhes jamais ouvidos por qualquer pessoa da equipe, mas, além disso, foi possível que M. revisse o nosso processo de terapia ocupacional, a construção da nossa relação. Deste modo concordo com Ceccato (2002), quando diz: "As atividades, enquanto termo médio da relação triádica no contexto do setting terapêutico, possibilitaram ao paciente uma ampliação do seu conhecimento e contato com o mundo, ajudando-o a fazer escolhas, explorar técnicas e materiais diferentes, falar da sua história e transpor para seu cotidiano experiências vivenciadas no setting, processo que possibilitou a experimentação de um novo modo de ser, fazer e estar no social".

O fato de ter feito os agrupamentos significou ajudar M. na construção de sua história, da nossa história. Fazer as associações dos agrupamentos é um processo singular possibilitado pela relação triádica que em nada se assemelha a uma interpretação dada pelo terapeuta do que o paciente fez. Isto porque as associações estão presentes na vivência da relação, que não é do terapeuta, a respeito da produção do paciente, e sim do paciente, do terapeuta e das atividades.

## Referências bibliográficas

- BENETTON, MJ. *Trilhas associativas ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional*. São Paulo: Diagrama & Texto / CETO – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999.
- BENETTON, MJ. *Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional*. Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.
- BENETTON, J; TEDESCO, S; FERRARI, S. *Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional*. Revista do CETO, n. 8, São Paulo, 2003.
- CECCATO, TL. *Conexões e sentidos: recorte de um processo de terapia ocupacional*. Revista do CETO, n. 7, São Paulo, 2002.
- FERRARI, SML. *A ancoragem no caminho das psicoses: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos*. Revista CETO, n.2, São Paulo, 1997.
- FERRARI, S. *Terapia Ocupacional e as fronteiras de seu território (II Simpósio de Terapia Ocupacional ATOESP 2004 – Campos do Jordão/SP)*. Revista CETO, n.9, São Paulo, 2005.
- TEDESCO, S; FERRARI, SML. *Acesso à teoria da técnica trilhas associativas*. Revista CETO, n.5, São Paulo, 2000.

# Procedimentos da Terapia Ocupacional com pacientes em crise: um diálogo com o Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Tatiane Luize Ceccato  
Larissa Hebling Frungilo  
Thaís Aparecida Peral

## Resumo:

O artigo tem como objetivo fazer algumas reflexões acerca da clínica da terapia ocupacional com pacientes em crise, descrever os procedimentos baseados no Método Terapia Ocupacional Dinâmica mais utilizados em nosso serviço e relatar a experiência de um grupo realizado na Unidade Psiquiátrica do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina.

**Palavras-chave:** Método Terapia Ocupacional Dinâmica, crise, grupos de terapia ocupacional.

## Abstract:

The purpose of the article is to reflect about the treatment of critical patients in Occupational Therapy; describe the procedures based in the Dynamic Occupational Therapy Method, widely employed in the services and to show the experience of a group done in the Psychiatric Section of Hospital São Paulo from Escola Paulista de Medicina.

**Keywords:** Occupational Therapy Dynamics Method; crisis, occupational therapy groups.

## Conceituando crise:

O termo crise é amplamente usado e está presente em diferentes campos do conhecimento humano, dentre eles a Saúde Mental. A palavra "crise" tem sua origem no verbo grego *Krinum*, que implica em idéia de separação, do momento de um processo que conduzirá a uma transformação (Resnik, 1986). Na tradição hipocrática, é um termo que serve para indicar o ponto crítico que determina a evolução do processo (Despland e Besson, 1991), favorável ou não, para uma melhora ou agravamento da situação.

No campo da medicina, Katschnig e cols. (1993) apontaram que o termo crise é frequentemente empregado para indicar qualquer forma de situação desconfortável e urgente. Neste sentido geral, todas as emergências médicas, incluindo as psiquiátricas, podem ser chamadas de crises. São estados de curta duração caracterizados pelo sofrimento, preocupação, tensão, frequentemente acompanhados por sentimentos de desesperança, desespero e tristeza.

Caplan (1980), ofereceu uma grande contribuição para a teoria da crise e prática da intervenção em crise na saúde mental. Ele propõe que crise ocorre quando o indivíduo enfrenta estímulos que ameaçam a satisfação de necessidade importante, em circunstâncias tais que os métodos habituais para resolver os problemas são ineficazes diante das antigas expectativas de êxito. Para o autor, crise é quando o equilíbrio

normal da pessoa ou padrões usuais de comportamento são perturbados por algum estímulo, usualmente sério e inevitável, tais como morte de uma pessoa amada, ameaça à integridade corporal por doença, perda de emprego e outros. Quando as formas usuais de resolução destes problemas são inadequadas para superar a ameaça, desenvolve-se a tensão e o comportamento torna-se desorganizado.

Segundo este autor, o estado de crise pode apresentar-se como um momento de perigo pela vulnerabilidade aumentada para a desordem mental ou como uma oportunidade para o crescimento da personalidade. A crise é, então, entendida como um momento decisivo; se bem resolvida, a pessoa sai fortalecida, tendo aprendido novas maneiras de se adaptar que podem ser empregadas em eventuais futuras crises. Se mal resolvida, o resultado é a má adaptação ou, quando não, a doença mental.

Bloise (1993) define crise como um momento de ruptura, um corte, ou uma mudança de trajetória a um equilíbrio pré-estabelecido, tendo como consequência uma desarticulação psicossocial do indivíduo. A crise é vista como uma oportunidade para que o indivíduo aumente sua flexibilidade adaptativa.

A demanda da população geral por ajuda imediata em situações de crise aumentou com o passar dos anos, havendo a necessidade de serviços que atendessem esta demanda. Segundo Cooper (1979) a intervenção precoce, após experiência traumática, facilita uma resposta construtiva e saudável.

Assim, faz-se necessário aprofundar os estudos da terapia ocupacional nesta clínica, bem como os procedimentos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica que podem contribuir com esta população.

## **Exposição do cenário: a Unidade Psiquiátrica do Hospital São Paulo**

Ainda refletindo sobre o conceito de crise em psiquiatria, já em 1977, Gabriel e cols. afirmaram que não há uma definição única sobre crise; cada profissional da saúde mental irá defini-la no seu contexto de trabalho e de acordo com sua especificidade.

Assim, apresentaremos o trabalho desenvolvido na Unidade Psiquiátrica do Hospital São Paulo e, a seguir, como a terapia ocupacional está inserida neste programa.

As unidades psiquiátricas em hospital geral atuam em um modelo de atenção em saúde mental que vêm substituir aquele centrado em grandes-hospitais, propõem uma integração à medicina geral utilizando-se de seus recursos, internações de curta permanência com rápido retorno à comunidade e à família e projetos terapêuticos individualizados. Tenta-se com isto evitar o hospitalismo, a perda de identidade, de vínculos sociais e da cidadania.

A Enfermaria de Psiquiatria do Hospital São Paulo, vinculada ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da UNIFESP/EPM, foi criada em 1982, com a proposta de ensino, pesquisa e assistência a indivíduos com transtornos mentais agudos. É uma enfermaria mista, possui 16 leitos e conta com uma equipe interdisciplinar que permanece fixa no serviço, composta por psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, além dos alunos da residência médica em psiquiatria e especializando de terapia ocupacional, psicologia e serviço social, que compõem miniequipes denominadas móveis, já que rodiziam por outros programas a cada três meses, fazendo parte da proposta da formação.

Segundo Pitta (1997), a internação nesta unidade visa oferecer um espaço de continência a pacientes em crise aguda, formular uma hipótese diagnóstica, entender os elementos emocionais da crise, fazer uma compreensão psicodinâmica do indivíduo e articular um plano terapêutico durante a internação e, após a alta, que inclua a família, a comunidade e a continuidade de seu tratamento.

Para isto, a enfermaria dispõe de espaços grupais, que irão compor sua rotina: grupos de terapia ocupacional, grupo verbal, grupo de altas e licenças, de auto-cuidado, de yoga, de atividades externas, grupo de familiares e atendimentos clínicos individuais de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, quando necessário.

Muitos são os motivos que levam um indivíduo a entrar numa crise que necessite de uma internação numa enfermaria psiquiátrica. Em nosso serviço, observamos, nos últimos anos, que a abertura de um quadro psiquiátrico, a interrupção de tratamento, mudança de medicação, reagudização da doença e falta de suporte familiar e social constituem alguns destes fatores.

Recebemos na internação indivíduos que muitas vezes já se encontram com uma importante ruptura em seu psiquismo e cotidiano, decorrente de sua doença e que, no momento de uma crise, mais aguda são novamente afastadas de atividades de seu dia-a-dia, interrompem muitas vezes planos escolares e profissionais, separam-se de familiares e pessoas do seu convívio, deparam-se com diversas limitações em diferentes esferas de sua vida.

### **As possibilidades de cuidado da Terapia Ocupacional com pacientes internados**

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica tem norteado a assistência da terapia ocupacional neste serviço nos últimos anos. Pensamos os

procedimentos com esta população, a partir deste referencial dinâmico, que tem como instrumento as atividades, um dos termos da relação triádica (terapeuta-paciente-atividades).

Segundo Benetton (1994) esta relação triádica é possuidora de uma dinâmica que compõe um campo transicional em que as atividades possibilitam a manutenção da realidade externa, contribuem para o processo de autoconhecimento ao mesmo tempo em que ampliam o campo da consciência, pela própria experiência de sua elaboração.

Além disto, na relação triádica é possível perceber qual a disponibilidade do sujeito em experimentar materiais e realizar atividades, seu relacionamento com demais pacientes e equipe, com a família, além de observar dificuldades pragmáticas e subjetivas do indivíduo, na tentativa de garantir a possibilidade de uma postura ativa no tratamento, ressaltando seus aspectos mais sadios e respeitando a vulnerabilidade da condição atual.

O objetivo geral da terapia ocupacional, neste contexto, seria então o de detectar o campo das dificuldades pragmáticas bem como os potenciais, estando estes latentes ou minimamente expressos durante a crise; estimular o indivíduo no seu campo de maior facilidade, a fim de manter ou re ativar condutas construtivas, criativas e de aprendizagem; funcionar como asseguradora de escolhas e caminhos dentro da crise que possam apontar para uma superação da mesma.

Considerando Takatori (2001), "o fazer do sujeito sustenta a construção de seu cotidiano, onde a rotina existe, mas é singular, pois é vivida e realizada de modo pessoal", podemos pensar que a assistência em terapia ocupacional no processo de reabilitação - que para nós pode iniciar-se ou mesmo continuar durante uma internação de curta permanência - contribui para a construção desse

cotidiano interrompido ou inexistente, a partir de situações que se transformam em experiências significativas para o paciente na relação terapeuta-paciente-atividades. Em vez do enfrentamento de sintomas, tão presentes no período de crise, na terapia ocupacional propõe-se o fazer para construir cotidianos para o social.

Avaliamos que criar uma rotina com espaços, para que atividades sejam realizadas durante a internação, possibilita a aproximação deste sujeito com seu cotidiano, que, num momento de crise, geralmente encontra-se sem sentido algum, onde histórias estão fragmentadas e o fazer comprometido pela gravidade de seu quadro psíquico. Neste método, a terapeuta é a responsável pela ligação entre paciente e a atividade; entre o pensar e o fazer, que muitas vezes está desconectado; por buscar sentido e significado para aquilo que é feito e aproximar a realidade interna e externa de cada indivíduo. E é através da realização de atividades e da experiência vivida por cada sujeito na relação triádica que se torna possível produzir marcas na vida do sujeito, valorizando e estimulando suas ações.

Os grupos, segundo Maximino (2001), têm a capacidade de reproduzir ambientes sociais, familiares e de trabalho, possibilitando o treinamento de papéis sociais e o desenvolvimento de habilidades e também podem servir de "disparadores" e mobilizadores; proporcionam mais possibilidades de criação e produção, sendo por isso instrumento terapêutico eficiente.

Priorizamos, assim, a utilização desse procedimento acreditando na importância dos pacientes, mesmo em crise e muitas vezes bastante desorganizados, estarem em grupos para que possam experimentar estes papéis, entrar em contato com lugares conhecidos, ocupar novos espaços, resgatar habilidades e vivenciar dificuldades.

Os grupos de terapia ocupacional se estruturam através da organização e execução de atividades livres ou indicadas. São grupos abertos onde todos os pacientes são convidados e estimulados a participar. Conta com a coordenação de terapeutas ocupacionais e estagiários de outras áreas que estejam na enfermaria durante a realização do grupo.

São dispositivos que visam compreender aspectos dinâmicos da relação triádica através da observação ativa da terapeuta, das condições sócio-emocionais do indivíduo no processo de realização de atividades e da relação com suas necessidades no momento da crise.

Além disto, permite a coleta de outros dados relativos à história de vida do paciente que podem contribuir para a composição de um projeto terapêutico focal, tendo assim uma função diagnóstica situacional.

Estes grupos, além de instrumentalizar para uma compreensão do paciente e suas vivências singulares, têm como objetivo rastrear a demanda de cada sujeito-alvo no momento da crise, seus interesses, organizar sua rotina na enfermaria e em casa, pensar projetos, além de oferecer uma outra possibilidade de interação grupal, propiciando trocas de experiências entre os integrantes do grupo.

A partir da elaboração do diagnóstico situacional da terapia ocupacional e de um projeto terapêutico focal, conseguimos nortear nossas práticas e definir como e a quem atendemos dentro do contexto em questão, pois diversos são os tipos de solicitações apresentadas por familiares e pela equipe do serviço.

Os atendimentos individuais são procedimentos indicados para pacientes que necessitam de uma intervenção mais próxima do terapeuta, levando em conta que, no momento, não conseguem relacionar-se em grupo ou quando só a abordagem

grupal não se mostra suficiente por apresentarem demandas específicas.

Além destas abordagens, faz parte da proposta do estágio das especializadas de T.O. elaborar e executar um projeto que componha e esteja de acordo com o trabalho desenvolvido no nosso serviço, com a proposta de tratamento da terapia ocupacional e que contemple as necessidades da população-alvo da enfermaria.

A descrição a seguir relata a experiência vivenciada por duas especializadas de T.O., segunda e terceira autoras deste artigo, no grupo "Jornal Mural". O projeto tinha como objetivo geral possibilitar a ampliação da comunicação entre paciente e instituição; facilitar o trânsito entre os espaços interno e externo da enfermaria, encontrados de modo cindidos, interpretados como reflexo da cisão entre realidades psíquica interna e externa presentes na maior parte dos indivíduos. Esses aspectos surgem como consequência da desarticulação psicossocial do sujeito em crise, e da própria vivência de interrupção do cotidiano e isolamento ao qual estão submetidos, inerente a todo processo de internação.

### **O grupo Jornal Mural e a comunicação no cotidiano**

O grupo "Jornal Mural" tinha como proposta ser um grupo aberto, com frequência semanal e duração de uma hora. Todos os pacientes da enfermaria eram convidados e estimulados a participar deste grupo, para o qual eram disponibilizados o jornal do dia, revistas e materiais gráficos, ficando cada participante livre para explorá-los. Ao final de cada grupo, a produção era exposta em um mural localizado no espaço de convivência da enfermaria, que era renovado todas as semanas.

Nestes encontros, os pacientes podiam escolher algo de seu interesse para dividir com o grupo, expressar sua opinião, comentar reportagens ou programar atividades para as saídas e passeios

dos finais de semana. Para alguns participantes, constituiu-se um espaço de resgate da subjetividade, onde podiam falar de si, de suas habilidades e conhecimentos, resgatar seu repertório pessoal e profissional e se apresentar de maneira mais saudável e organizada. Puderam contar sua trajetória na enfermaria, relatar os acontecimentos vividos e mostrar a marca que as intervenções iam fazendo a eles.

O grupo rapidamente tornou-se parte da rotina da enfermaria e, às sextas-feiras, os pacientes já esperavam pelas terapeutas acordados para a atividade; reunindo-se para seu início, explicavam aos recém-chegados a proposta e os convidavam a participar. Também envolveram seus familiares na proposta, à medida que estes eram mobilizados a trazer revistas de casa para doar ao grupo, de alguma maneira também se aproximando do tratamento e do próprio paciente.

Considerando que o período de internação nesta enfermaria é bastante variado, a constituição deste grupo também o foi. Por isso, além do processo grupal, pensamos também no processo de cada indivíduo participante do grupo, construído na vivência grupal.

Segundo Samea (2002, p.49) "é no fazer em contexto grupal, que há possibilidade de um contato e um reconhecimento do próprio fazer, com seus limites e facilidades; da observação do fazer do outro, com a percepção de semelhanças e contrastes e da potencialização do fazer junto...". C., por exemplo, foi um paciente que pôde mostrar seus gostos e afinidades através de sua produção, manter-se ativo e ao mesmo tempo, dar-se conta das perdas que estava tendo. Apesar de não saber ler, utilizava-se de imagens para escolher o que queria colocar no mural e também aproveitava para conectar-se com a realidade externa à enfermaria através das produções e comentários dos outros integrantes do grupo.

O grupo demonstrou grande flexibilidade, moldando-se à dinâmica de seus participantes, e à dinâmica da enfermaria como um todo. De acordo com Ferrari (1990) "Um grupo terapêutico é a somatória dos grupos internos de seus integrantes", o que percebemos através das produções. Foi possível transitar entre a proposta das terapeutas e a demanda dos pacientes, sendo exigido, em alguns momentos, uma postura mais ativa das coordenadoras para que as trocas entre os integrantes acontecessem, de acordo com o estado psíquico de cada um.

Neste processo, o uso das atividades foi acompanhando este movimento onde as duas dinâmicas, atividade grupal e grupo de atividades (Benetton, 2006), puderam se complementar. Em alguns momentos, cada um escolhia uma reportagem de forma isolada e as intervenções só podiam acontecer de forma individualizada, por exemplo, quando A.P, em sua produção, trazia assuntos relativos ao seu adoecimento e profissão, aproximando-se de suas dificuldades, colocando-se muitas vezes de maneira reflexiva e crítica frente a estas. Em outros, no decorrer do grupo, os participantes se organizavam para realizar uma atividade grupal, percebiam sua participação na montagem do mural e podiam se perceber fazendo uma atividade coletiva.

A possibilidade de trabalhar com um material concreto e estruturado, o mural, registrou e contou a história deste grupo todas as semanas, tornou-se um facilitador para esta população, já que aproximou o sujeito da realidade de maneira a auxiliar na organização psíquica do mesmo. Além disso, o mural, incorporado ao ambiente da enfermaria, ficou acessível aos pacientes e à equipe, possibilitou que as informações a respeito do grupo e da rotina da enfermaria circulassem e fossem retomadas entre os mesmos.

## Considerações Finais

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica, centrado na relação terapeuta-paciente-atividades, tem trazido importantes contribuições para a clínica da terapia ocupacional com pacientes em crise, onde através do diagnóstico situacional, é possível elaborar procedimentos que contemplam as necessidades tanto da população-alvo (pacientes internados) quanto dos sujeitos-alvo, de acordo com o projeto terapêutico de cada indivíduo.

Para a sociedade, é clara a importância que o jornal tem como meio de comunicação pela diversidade de informações e assuntos que oferece, pela facilidade de exploração do material, por conter tanto uma linguagem de fácil acesso, como ilustrações, tornando-se interessante até mesmo para os não alfabetizados. Porém, percebemos que o hábito da leitura de jornais não faz parte da rotina da maioria da população atendida por nós, o que nos faz pensar, neste grupo, também como contribuição para ampliação de seu repertório sócio-cultural.

A proposta inicial deste grupo era a de facilitar a interligação dos pacientes internados com o mundo externo à enfermaria e à crise. Porém podemos dizer que esta experiência foi além. O grupo foi adquirindo uma característica de difusor de comunicação dentro da enfermaria, à medida que possibilitou conectar as vivências que se davam naquele espaço. Os acontecimentos do turno da noite com os do turno do dia, os eventos ao longo da semana, etc, conectando a esta realidade os pacientes e também os profissionais.

O projeto permitiu aos pacientes transitar entre o dentro e o fora, saber o que acontece no cotidiano, construir histórias, relatar fatos, demonstrar desejos e ainda proporcionar maior comunicação com o externo neste momento de internação, para que este não se configurasse como uma lacuna entre o antes e a vida a que em pouco tempo iriam retornar.

Observamos, de um modo geral, que os pacientes adquiriram uma postura mais ativa neste momento de crise, fizeram escolhas, resgataram interesses, exercitaram sua autonomia, planejaram atividades da rotina da enfermagem, reconstruíram sua história através do seu fazer e de seus interesses, sendo possível que isto fosse transposto para seu cotidiano: nas relações com a família, o trabalho e o lazer, na elaboração de projetos pós-alta.

O grupo conectou também os pacientes às suas próprias realidades: a expressão de seus conteúdos psíquicos, de sua doença, seus sintomas e potencialidades, e assegurou possibilidades de escolhas e caminhos dentro da crise, apontando para uma superação da mesma.

O processo vivido durante este período pôde imprimir marcas significativas tanto para a equipe como para os pacientes, sendo validado como dispositivo terapêutico capaz de ajudar no resgate da subjetividade do sujeito em crise como para integrar às demais abordagens terapêuticas já existentes na rotina da enfermagem.

### Referências Bibliográficas

- BENETTON, M. J. Diagnóstico e Intervenção à Crise através de Atividades Expressivas. *Boletim de Psiquiatria* 27 (2): 27-32, 1994.
- BENETTON, M. J. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*. Tese de doutorado UNICAMP. Campinas, 1994.
- BENETTON, M. J. *Trilhas Associativas: Ampliando Subsídios Metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional*. Campinas Arte Brasil Editora, UNISALESIANO - Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.
- BENETTON, M. J., FERRARI, S., TEDESCO, S. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. *Revista CETO*, ano 8, n. 8, 2003.
- BLOISE, P.V. "Crise e Multidisciplinariedade". *Boletim de Psiquiatria* 26 (1/2): 23-27. 1993.
- BRAGA, G. A. C. - *As Funções Terapêuticas da Atividade: um estudo comparativo em T.O.* Tese de Mestrado, São Paulo, UNIFESP, 1995.
- CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Zahar, Petrópolis, pp.40-69, 1980.
- CHEIFETZ, D.I.; SALLOWAY, J.C. Crisis Intervention: Interpretation and Practice by HMO". *Medical Care* 23(1): 89-93, 1985.
- COOPER, J.E. Crisis Admission Units and Emergency Psychiatric Services (Public Health in Europe 11), *World Health Organization, Copenhagen*, 118 pp, 1979.
- CUSTÓDIO, O. *Características Sociodemográficas e Clínicas de uma População de Pacientes de um Serviço Universitário de Intervenção em Crise*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina.
- DESPLAND, J.N; BESSON, J. (1991). "De L'Urgence à La Crise". *Revue Médicale de La Suisse Romande* 111: 67-73, 1997.
- FERRARI, S., AGUIRRE, B. Aspectos do funcionamento da clínica de grupos e sua especificidade na terapia ocupacional. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, 22-23, p.21-23, dez 89/jan, 1990.
- GABRIEL, E.; REITER, L.; SPREINGER, A. Crisis Intervention in Psychiatry. *Psychiatria Clinica* 10: 158-172, 1977.
- KATSCHNIG, H; KONIECZNA, T; COOPER, J.E. Emergency Psychiatric and Crisis Intervention Services in Europe - A Report Based on Visits to Services in Seventeen Countries. *World Health Organization, Copenhagen*, 118 pp, 1993.
- MAXIMINO, V.S. *Grupos de Atividades com Pacientes Psicóticos*, São José dos Campos: UNIVAP, 2001.
- PITTA, J. C. N.; CAMARGO, M. N. - Relato Sobre Um Modelo de Atendimento. *Boletim de Psiquiatria*; vol.30, n.1 (jan/jun), 1997.
- RESNIK, S. *L'Experience Psychotique*. Césura Lyon, Lyon, pp. 231-255, 1986.
- SAMEA, M. *Terapia Ocupacional e grupos: Uma Busca de Espaço de Subjetivação*, São Paulo: 2002. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v.25, n.4 out/dez 2001.

# De lagarta a borboleta: um processo de Terapia Ocupacional

Daniella de Oliveira Melo

## Agradecimentos

Aos colegas de trabalho do Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental; às colegas de formação do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional; a Jô e Sônia, grandes companheiras em minha redescoberta de ser terapeuta ocupacional e, principalmente, a C., querida "aluna", personagem principal desta história.

"... Sim, devemos comemorar o sucesso, festejá-lo, sem medo de parecermos ridículos. Ridículo é, no final do século, acreditarmos que o futuro dos tratamentos venham somente das medicações e neurotransmissores. Então eu me vi dizendo às terapeutas (ocupacionais) presentes:

*- Ei, não assumam esta posição de auxiliares! Apareçam mais. Tomem espaço, escrevam suas idéias, discutam abertamente com os psiquiatras e psicólogos suas visões do tratamento. Dirijam mais os casos, publiquem artigos, penetrem fundo na saúde mental e ensinem um pouco de arte e habilidades para todos nós. ..."*

(Paulo Bloise – A fé e o fogo)

Aos leitores que podem ainda pensar que a terapia ocupacional é uma forma de "ocupação do tempo" ofereço, para iniciar, uma das mais belas definições que ouvi de uma paciente, em certa ocasião: "A terapia ocupacional é para eu ocupar o meu espaço." É sobre isso que versa este artigo...

## Resumo

O presente artigo tem o propósito de apresentar um processo de terapia ocupacional de uma paciente psiquiátrica de 67 anos, atendida na Unid do CAISM da ISCMSP. Os procedimentos terapêuticos são subsidiados pelo Método Terapia Ocupacional Dinâmica. A ênfase é dada para a constituição da relação triádica baseada em afeto e técnica bem como para a utilização da técnica de análise de atividades "trilhas associativas".

## Palavras chaves

Idoso; psicose; relação triádica; trilhas associativas; Método Terapia Ocupacional Dinâmica

## Abstract

The purpose of this article is to present an occupational therapy process of a 67 years old psychiatric female patient, who was attended at Unid/ CAISM/ISCMSP. The therapeutic procedures are based on Occupational Therapy Dynamic Method. The emphasis is given on both the construction of triadic relationship as well as the use of the activities analyses technique "associative path".

## Keywords

Elderly; psychosis; triadic relation; associative path; Occupational Therapy Dynamic Method

### Contextualizando a instituição

A Unidade de Idosos (Unid) do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) tem sua proposta institucional baseada na abordagem "case management" (manejo de caso), desenvolvida por Stein e Test na década de 80. Nesta proposta, o paciente passa a ser acompanhado por uma equipe fixa ao longo de seu tratamento, nas várias modalidades de atenção (internação, hospital-dia e ambulatório). Assim, busca-se adaptar os recursos disponíveis às necessidades apresentadas em cada caso, objetivando a inserção social na comunidade. (Coppini; Salomão, 1999)

A Unid atende pacientes psiquiátricos com idade igual ou superior a 60 anos e sua equipe conta, atualmente, com os seguintes profissionais: 2 médicos assistentes, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 2 psicólogas, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, além de auxiliares de enfermagem e médicos residentes (de psiquiatria e geriatria).

São realizadas, semanalmente, reuniões clínicas com a equipe multiprofissional em que se traça o plano terapêutico dos pacientes após o conhecimento de sua história e detecção de suas necessidades; adequa-se a medicação em uso e avalia-se a evolução dos casos visando desenvolver um trabalho integrado.

No CAISM o setor de Terapia Ocupacional é composto, atualmente, por sete terapeutas ocupacionais divididas entre os programas: Geral I (2) e Geral II (2); Infantil (1); Álcool e Drogas (1) e Idosos (1). O método que norteia a clínica é o Método Terapia Ocupacional Dinâmica, proposto por Benetton, cujos aportes da teoria da técnica encontram-se didaticamente apresentados na última edição de seu livro *Trilhas Associativas*, 2006, p. 60:

"1. A integração do sujeito com ele mesmo é o primeiro caminho para a inclusão social.

2. As atividades em terapia ocupacional não são lidas apenas como simbólicas, mas sim e mais freqüentemente como parte do sujeito no mundo.

3. Assim, as atividades, como instrumento da terapia ocupacional, devem ser estudadas, aprendidas e ensinadas, sendo dinamicamente constituintes do nosso setting, que têm intrinsecamente na função terapêutica uma ação educativa.

4. Essas atividades devem adquirir significado na relação entre paciente e terapeuta, dando margem assim aos primeiros movimentos de uma relação triádica.

5. Nesta relação, informações, quando associadas, permitem a leitura de uma comunicação tanto de supostos conteúdos internos como de ações, atitudes e comportamentos pessoais e sociais do sujeito.

6. Fazer o sujeito participar da análise dessas ocorrências é também estabelecer um espaço de historicidade, que permita a narrativa da história de uma relação em princípio triádica, mas que reivindica a existência de quartos termos, isto é, do social.

7. A motivação para a correlação entre os aportes anteriores é da terapeuta ocupacional, que busca nos movimentos de ação e reação, como os da física, o caminho da interação entre: sujeito, terapeuta, atividades e inclusão social.

8. Tendo como meta inicial a construção de cotidiano, independente da clínica nas áreas da saúde, da educação, empresariais, nas desvantagens ou calamidades sociais, sua proposta de relação está assegurada por uma transferência positiva."

## Diagnosticando

Numa das reuniões clínicas, um residente apresentou o caso de C., uma mulher de 67 anos, divorciada, mãe de 4 filhos. Estava morando sozinha em Brasília há 6 anos aproximadamente e recusava-se a ver os filhos, acusando-os de "nazistas". Estes tinham notícias da mãe através de contato telefônico com uma vizinha da paciente. Esta referia que C. sempre foi uma pessoa "esquisita" mas nunca apresentou intercorrências. Em fevereiro de 2005 descobriram que a paciente estava desaparecida. Uma das filhas deslocou-se, então, até Brasília e a encontrou "morando" na rodoviária local. Em seu apartamento foram encontrados vários cristais, palhas de aço, isopores e papelões pelas paredes numa tentativa (logicamente mal sucedida) de isolar "energias negativas". C. referiu que saiu de seu apartamento pois havia um "ar gorduroso" e "muitas freqüências". A família sempre foi bastante complacente em relação a seus comportamentos, acreditando ser apenas "misticismo". C. dizia ouvir e conversar com espíritos e acreditava que órgãos nazistas foram implantados em seu abdômen, solicitando realizar um exame no IML para confirmar tal fato, o que lhe causava grande sofrimento.

Foi trazida para São Paulo sendo internada em nosso serviço em 21/05/05.

Nas poucas vezes em que eu a encontrava sentada na sala, ela chamava minha atenção. Usava um chapéu de palha com uma fita que era trocada diariamente de acordo com a cor da roupa que usava. Suas sobrancelhas, bem delineadas por maquiagem definitiva, perdiam parte do contorno por alguns pêlos que cresciam desordenadamente. Muito educada, sempre sorria ao retribuir meus votos de "Bom dia", entretanto, seus dentes encontravam-se em péssimo estado, com sinais de doença periodontal e diversos focos de infecção.

Parecia bastante vaidosa, porém encontrava-se extremamente descuidada. Permanecia a maior parte do tempo isolada dos demais pacientes pois "eles não dominam os conhecimentos espirituais", portanto, não teriam assunto. Além disso, não permitia que eu a tocasse, alegando questões de "energia".

Senti-me interessada pelo caso, justamente por ser terapeuta ocupacional e desafiada a atendê-la para organização do cotidiano. Minhas observações e os dados colhidos junto à equipe permitiram que C. se apresentasse para mim como um sujeito "necessitado" – termo utilizado por Benetton (1999) para designar o sujeito-alvo dos procedimentos de terapia ocupacional; ou seja, aquele que, por diferentes e combinadas razões, encontra-se excluído de uma parte significativa das atividades sociais, interagindo de forma insatisfatória em suas relações, sendo geralmente um solitário. (Benetton, 1999)

Tais informações foram importantes também para compor um *diagnóstico situacional em terapia ocupacional que compreende a descrição e análise das condições sócio-emocionais, as quais o sujeito apresenta em nossos primeiros encontros*. "De início ele é realizado através das observações da terapeuta de como, porquê, o quê e quando o paciente realiza as atividades, o que ele relata de si, dos outros e da sua produção, do diagnóstico e dos dados históricos dos profissionais que o atendem e da história indireta coletada entre familiares, amigos e outras pessoas que se relacionam ou que recentemente se contataram com o paciente (às vezes a polícia, advogados, professores, patrões, etc.)." (Benetton, 2006, p. 91)

## O processo

Num primeiro contato, procuro saber um pouco da história de C.. Esta relatou que é divorciada e tem 4 filhos (destes, 2 teriam sido assassinados mas conseguia comunicar-se com eles). Disse que

se mudou para Brasília por sugestão de um amigo médico em busca de "melhores energias". Disse também que seus problemas começaram há cerca de 10 anos após uma cirurgia plástica que desviou seu umbigo e durante a qual foram implantados os tais "órgãos nazistas". Relatou ainda desconhecer formas para proteger-se. Nosso assunto, portanto, restringiu-se praticamente à sua doença, nenhum dado sobre seu cotidiano. Sua vida parecia reduzida à angústia provocada pelos sintomas. Nesse momento, lembrei-me de Slagle, fundadora de nossa profissão, quando ela nos propõe: "observar e captar qualquer indício de atitude e ou conduta saudável para em seguida motivar uma nova ação, mesmo que muito pequena." (Benetton, 2006, p.33) O desafio estava lançado!

C. mostrou-me um quadro exposto na instituição querendo, a princípio, comprá-lo, pois este teria um "significado espiritual". (fig 1) Expliquei-lhe que aquele quadro não estava à venda mas que ela poderia fazer um igual. C. mostrou-se insegura, acreditando não ser capaz de realizar tal atividade. Disse-lhe que ficaria a seu lado e lhe ensinaria a técnica de pintura. Ela pareceu tranquilizar-se, demonstrando disponibilidade para fazer.

No início dos atendimentos, C. só conseguia permanecer na sala por cerca de 15 minutos, alegando que "perdia suas forças". Começamos a atividade fazendo um rascunho em papel. Ela permanecia concentrada, procurando reproduzir fidedignamente a figura do quadro. Seguiu as orientações quanto à técnica mas não permitia minha intervenção em sua atividade. Ficava quieta a maior parte do tempo. Eu ficava em silêncio também, observando seu fazer e, por vezes, usava de minhas observações para abordar questões como, por exemplo, cuidado pessoal. Numa dessas ocasiões, C. contou-me que sempre foi muito vaidosa e que precisava cuidar dos dentes, entretanto, temia que o dentista implantasse algo

em sua boca que fizesse com que ela se tornasse uma "fera"; disse estar aguardando o momento em que se sentiria "preparada". Seu sofrimento mediante suas idéias delirantes era evidente e ela parecia bastante incomodada ao falar sobre isso. O silêncio, então, só se quebrava quando ela solicitava alguma orientação ou quando eu lhe contava histórias, sobre meu cotidiano, inclusive. Aos poucos, foi conseguindo permanecer até o final dos atendimentos e mostrou-se surpresa com o resultado de sua produção. "A relação de ensinar, aprender, construir, inventar, criar, propiciada no fazer partilhado, abre espaço para a ocorrência de uma experiência individual prazerosa, desde que acreditemos, conforme Oury (1987) que a "catástrofe existencial" do psicótico causa um extremo sofrimento. Neste lugar também é instaurado o jogo de superposições das duas áreas lúdicas, a da terapeuta e a do paciente. Nesse jogo,,, o papel da terapeuta é ativo, crítico e responsivo, tratando de, concretamente, reformular com o paciente sua inatividade e descrença. De início há que introduzi-lo neste estranho laboratório onde fatos da vida são vividos de forma diferente." (Benetton, 1994, p. 75)

Várias tentativas medicamentosas foram feitas sem muito sucesso. C. permanecia sintomática, apresentando, por vezes, comportamentos estranhos tais como deixar de tomar banho e passar a fazer uso de polvilho anti-séptico ou sal de cozinha. Entretanto, penso que a *relação triádica* (terapeuta-paciente-atividades) estava se estabelecendo entre nós, através de procedimentos e afeto; relação potencialmente transformadora. A constituição dessa relação ficou clara para mim quando C. me presenteou com um incensório que havia comprado numa de suas licenças terapêuticas e, principalmente, quando solicitou que eu fizesse para ela alguns detalhes de seu quadro. Ela já não se incomodava de mostrar seu quadro (fig.1) para os outros, fato que era

impensável anteriormente, pois C. temia a influência de “energias negativas” sobre sua produção; mantinha um contato melhor com os demais pacientes, equipe e família, iniciou uma avaliação odontológica, melhorou o auto cuidado e aceitou permanecer em São Paulo pensando em morar, a princípio, numa casa de repouso.

C. permaneceu internada por 103 dias, passou a freqüentar o hospital-dia 3 vezes por semana e continuou em atendimento individual terapêutico ocupacional.

Fizemos várias atividades ao longo desse processo: sabonetes artesanais (uma solução criativa e mais saudável para isolar possíveis “energias negativas” os quais foram compartilhados comigo, com o residente e com familiares); uma pulseira e um anel de bijouteria (confeccionados especialmente para ajudar a afastar o medo do tal exame de imagem chamado SPECT); um colar para uma das filhas; um colar perolado (que C. não deixa de usar diariamente); 2 porta-retratos (que contêm as fotos das netas e do filho que mora nos Estados Unidos); conversas sobre cotidiano, gostos, música, literatura, planos... Tudo feito com muita iniciativa, autonomia, cuidado, envolvimento e prazer. Com muito afeto também.

Sua freqüência no hospital-dia foi sendo reduzida progressivamente e a própria C. solicitava fazer o acompanhamento psiquiátrico ambulatorialmente. Estava aderida ao tratamento, em uso regular das medicações. Passou a morar definitivamente com o filho, cuidava dos afazeres domésticos (com exceção de cozinhar pois preferia fazer as refeições num restaurante próximo de sua casa); planejava aprender danças de salão e viajar para rever parte da família; estava bem cuidada e parecia muito feliz. A lagarta tinha se transformado numa linda borboleta. Era chegada a hora de voar!



Figura 1

### Trilhando associações

Utilizando-me de uma técnica específica de análise de atividades: *trilhas associativas* descrita por Benetton (1999) propus que C. reunisse todas as suas atividades e as agrupasse segundo algum critério próprio.

Num subgrupo 1, ela colocou os sabonetes, seu colar e aquele que fez para a filha. Disse que as havia agrupado pois todas eram “bonitas e tinham um valor material”. Desse grupo, separou o colar da filha dizendo que sentia certa tristeza pois achava que a mesma tinha dado pouca importância a seu presente. Isso abriu espaço para que conversássemos sobre sua relação com os filhos e sobre o envolvimento com que realizou suas atividades.

Num segundo subgrupo, ela colocou a pulseira e o anel de bijouteria. Denominou esse grupo de “energia negativa” e contou que se desfez destas atividades. Quando questionada a respeito de tal atitude, C. respondeu que tinha ficado com muita raiva de seu médico quando este solicitou o SPECT pois “ele queria saber se eu era doida ou mística mesmo”. E que talvez por isso a atividade tivesse sido impregnada por “energias negativas”. Pontuei que, naquele momento, essa atividade funcionou

como uma forma de deixá-la mais segura e tranqüila para a realização do exame. Pontuei também que eu não me importava se ela era "doida" ou "mística", mas sim o sofrimento psíquico e o comprometimento de cotidiano que ela apresentava por ocasião da internação. C. concordou comigo.

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

*"À minha querida professora (de vida)  
Daniella*

*O meu coração agradece tanto carinho  
e dedicação,*

*Para sempre.*

*C."*

## Discussão

Penso que esta dedicatória contempla aspectos importantes da intervenção da terapia ocupacional baseada no Método Terapia Ocupacional Dinâmica; só que sob o olhar "leigo" do paciente. C. aborda o caráter pedagógico da profissão no que diz respeito ao ensino da técnica de realização de atividades. Aborda também as mudanças que se iniciaram no setting terapêutico e que se ampliaram para a vida. Setting aqui é definido como "um espaço aberto internamente para receber (que) só se completa se o mantivermos sempre aberto externamente para estimular o partir." (Benetton, 2006, p.105) É o local onde se constrói a relação triádica e deve ser confiável e continente o suficiente para proporcionar experimentações e criar historicidade, exigindo da terapeuta uma postura ativa, afetiva e técnica. "Esta forma ativa de agir tem a função de dar indiretamente um sentido às indicações provenientes do paciente. É a forma inventada por Perrier para criar o espaço da historicidade para aquele que desconhece sua própria história. Nesse espaço, a primeira história será construída na relação terapeuta-paciente. A proposição de Perrier nos encaminha a usufruir da simplicidade do nosso setting, quando podemos construir pequenas marcas simbólicas no psiquismo do paciente através da doação de nosso sentir. Com a intermediação das atividades, então, de forma indireta, ao explicar, ensinar e experimentar; como o jogo e a brincadeira; como realização, destruição, desconstrução e produto; como indicação, sugestão e sobretudo como informação; dizemos do nosso sentir, tomamos partido, mostramos o que somos, formulamos juízos de realidade e de valor." (Benetton, 1999, p.81)

Quando se trata do indivíduo idoso, uma das questões que se apresentam é a

institucionalização. Gostaria aqui de abordá-la brevemente.

Creio que um de nossos maiores desafios com a clientela geriátrica é fazer com que o indivíduo "velho" possa descobrir suas potencialidades apesar de ser esta uma fase da vida marcada pela perda e pelo estigma da inutilidade. Sendo assim, penso ser necessário que a equipe de saúde como um todo tenha muita clareza de sua atuação atentando para as necessidades e reais condições do paciente a fim de que a institucionalização (concretização da exclusão) seja sempre a última alternativa. É preciso *raciocinar clinicamente* e acreditar que o paciente tem capacidade para exercer sua autonomia e inserir-se socialmente. "Segundo Mattingly (1991b, p.1002), o raciocínio clínico requer do terapeuta: a) ver possibilidades para criar experiências importantes nas quais o paciente irá investir; b) fazer mudanças para agir nestas possibilidades; c) responder às mudanças que o paciente oferece como retorno; d) construir na experiência, através de mostrar para o paciente um futuro no qual esta experiência terapêutica se torne um todo construído." (Marcolino, 2005, p.77)

Dessa forma, penso ser de fundamental importância a intervenção da terapia ocupacional com a população geriátrica. Mais do que promover adaptações de ambiente e utensílios, fazer treinamento de AVDs (atividades de vida diária) e AIVDs (atividades instrumentais de vida diária) e realizar um plano de reabilitação cognitiva, faz-se necessário ajudar o indivíduo "velho" a resignificar esse período da vida. Oferecer-lhe a oportunidade de elaborar suas perdas, descobrir suas potencialidades, planejar um futuro, mantendo-o um ser desejante e capaz de realizar o que precisa e quer fazer.

Finalizo com um texto do qual gosto muito.

"Viver, como talvez morrer, é recriar-se a cada momento. Arte e artifício, exercício e invenção no espelho posto à nossa frente ao nascermos. Algumas visões serão miragens: ilhas de algas flutuantes que nos farão afundar. Outras pendem em galhos altos demais para a nossa tímida esperança. Outras ainda rebrilham, mas a gente não percebe – ou não acredita.

A vida não está aí apenas para ser suportada ou vivida, mas elaborada. Eventualmente reprogramada. Conscientemente executada.

Não é preciso realizar nada de espetacular.

Mas que o mínimo seja o máximo que a gente conseguiu fazer consigo mesmo."

(Lya Luft)

#### Referências Bibliográficas:

- BENETTON, M. J. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Campinas, 1994. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- BENETTON, M. J. *Trilhas Associativas: ampliando os recursos na clínica da Terapia Ocupacional*. São Paulo: Diagrama & Texto/ cet, 1999.
- BENETTON, M. J. *Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional*. Campinas: Arte Brasil Editora/ UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.
- COPPINI, R. Z.; SALOMÃO, F. P. *A clínica da Terapia Ocupacional na abordagem de manejo de caso*. Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. Mimeo, 1999.
- MARCOLINO, T. Q. *A dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional*. São Carlos, 2005. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.

# As relações entre o brincar no Método Terapia Ocupacional Dinâmica e no Modelo Lúdico: subsídios para a Clínica na Saúde Mental Infantil

Alessandra Camargo Pellegrini

## Resumo

Este artigo parte dos pressupostos constituintes do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, tais como: relação triádica, trilhas associativas, ação educativa; e do conceito de brincar no Modelo Lúdico, para uma reflexão da aplicação destes na clínica da terapia ocupacional na saúde mental infantil. Na infância o brincar é considerado um processo natural no desenvolvimento da criança, e deveria estar presente no cotidiano de todas elas. A partir desse pressuposto, o artigo enfoca o brincar como instrumento terapêutico e como objetivo a ser alcançado na clínica da terapia ocupacional na infância.

**Palavras-chave:** Método Terapia Ocupacional Dinâmica; brincar; Saúde Mental Infantil.

## Abstract

This article was based on some concepts of Dynamic Occupational Therapy Method, such as: triadic relationship, associative paths, educative action; and the concept of *to play* within the Ludico Model with the objective of making reflections about their use on the clinical practice of occupational therapy in children mental health. The infancy playing is considered a natural process in the development of the child, and must be present in daily activities of all of them. From this strong idea,

this article focuses *playing* as both a therapeutic instrument and an objective to be pursuit in the clinical practice of occupational therapy for children.

**Keywords:** Occupational Therapy Dynamics Method; to play; Children Mental Health.

## O Método

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica desenvolvido por Benetton e Ferrari (1994;2006), privilegia a relação triádica como específica e instrumentadora da nossa prática. Segundo as autoras, este método tem como objetivo final a inclusão social, mediada pela construção do cotidiano através do fazer atividades.

Ao me formar no *ceto*- Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional - onde o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) é ensinado, desenvolvi um raciocínio clínico que pudesse sustentar a lógica interna da profissão. Dessa maneira, retomo neste trabalho alguns aspectos constituintes do MTOD para que, posteriormente, seja possível uma reflexão sobre a especificidade clínica da saúde mental infantil junto a este método.

A relação triádica é o núcleo central, que descreve uma relação dinâmica entre três termos, composto por terapeuta-paciente-atividades. De acordo com Benetton (1994;2006), a terapeuta ocupacional

é aquela que deverá possuir algumas características que são fundamentais na sua formação profissional, sendo elas: conhecer o processo de realização das atividades, uma vez que o caráter de ensino e aprendizagem é o primeiro elemento na constituição do corpo técnico; ser uma presença ativa que promove o reconhecimento do desejo e da necessidade; e possuir uma memória associativa, que retém informações e associações nas ações e movimentos do paciente.

*“ A qualidade primordial da terapeuta ocupacional está no olhar. É através da observação de gestos, ações e atitudes que ela demarca os espaços a serem preenchidos. O olhar procura informações, elos e ligações, afere resultados. Estes medidos não só pelo que se pode ver, mas principalmente, pelo que nos é contado ou repercutido do cotidiano do sujeito no seu meio...”* (Benetton, 2006, pág.103)

O paciente é caracterizado por Benetton como aquele que está excluído de uma parte significativa das atividades sociais, quando interage insatisfatoriamente com a família, na escola, no trabalho e no convívio social, e quando não consegue organizar e fazer funcionar o seu cotidiano.

As atividades são conceituadas como sendo o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional.

No MTOD, as atividades se constituem como instrumento técnico da profissão. Neste sentido,

elas (como a própria terapeuta) podem ser consideradas como o termo médio, permitindo a associação de atividade para atividade, levando a terapeuta a um caminho de significações e significados tanto da realidade interna como externa, significados pessoais e sociais do paciente. Este caminho a ser percorrido é denominado na teoria da técnica de trilhas associativas. Esta possibilita a existência de um sentido a ser investigado e seguido para a construção de uma narrativa, uma vez que esta só é possível a partir da existência de um interlocutor (no caso, a terapeuta ocupacional). Desta forma, é o termo médio que irá mobilizar uma dialética intrapsíquica como subsídio para a simbolização do sujeito.

A dinâmica triádica redimensiona vários aspectos das técnicas de terapia ocupacional.

*“Em primeiro lugar, as atividades vistas como possibilidade de manter a realidade externa, isto é, de ampliar o campo da consciência, assim o são por propiciar o autoconhecimento e conseqüentemente o de fazer-se conhecer. Tal proposta abarca o apreender para aprender, incluindo também o caráter afetivo da aprendizagem na terapia ocupacional.”* (Benetton, 2006, pág.57)

Os procedimentos do Método são assegurados por uma transferência positiva, sendo o manejo da transferência da terapia ocupacional<sup>1</sup>, aquele em que a terapeuta induz ao sentir e ao se relacionar, através da realização de atividades. Neste encontro bastante próximo, no qual os corpos se tocam e são tocados, uma enorme possibilidade de deposições de transferências são provocadas, nas quais a terapeuta pode representar uma rede

social como a professora, a tia e a mãe, entre outros.

Na sala da terapia ocupacional nada é neutro. Ela possui objetos que devem estar ao gosto da terapeuta que a ocupa, caracterizando-se tanto como um espaço aberto para receber o paciente, como aberto ao estímulo de sua partida através de passeios e atividades sociais.

Esta sala deve conter ainda diversos materiais e atividades para serem usados à maneira e necessidade de quem as utiliza, possibilitando que cada um encontre o seu lugar.

Benetton evidencia no processo terapêutico a existência de uma ação educativa que é inerente à função terapêutica. Ou seja, para uma terapeuta ocupacional, é no *como fazer* que se tem início o processo de aprendizagem e o paciente poderá experimentar novas formas de fazer e ser.

*“Sendo assim, é através do processo de ensinar e aprender atividades que a singularidade de um cotidiano começa a ser construída: descobertas de novas capacidades e habilidades, de novos gostos ou mesmo de gostos antigos, de projetos que se originam numa integração do indivíduo com ele mesmo e que demandam a integração entre outros indivíduos para o social.” (Benetton, 1994 apud Marcolino, 2005, P. 46)*

Para Marcolino (2005), existe uma dimensão pedagógica não apenas nos procedimentos da terapeuta ocupacional, mas também como parte importante do pensamento narrativo da terapeuta ao longo do processo terapêutico. Desta forma,

o modo como cada paciente aprende é um dos focos principais que compõe o raciocínio clínico de um terapeuta ocupacional.

Neste sentido, a avaliação do paciente pode ser processual, ou seja, acontece concomitante ao processo terapêutico. Pois de acordo com Benetton, “...é no processo de realização de atividades que se estabelecem 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 de vida são vividos de forma diferente.” Para mim, é neste espaço que se encaixa o brincar.

Como subsídio para a minha investigação teórica procurei na literatura como o brincar pode ser utilizado como instrumento de intervenção na clínica da infância da terapia ocupacional, dentro de um modelo que contemplasse as bases filosóficas da profissão, uma vez que muitas profissões se utilizam do brincar nesta clínica. Com isso, encontrei o Modelo Lúdico.

### O Modelo Lúdico

O Modelo Lúdico, desenvolvido pela terapeuta ocupacional canadense Francine Ferland, descreve a importância do brincar na clínica de crianças portadoras de deficiência física, no qual se busca a qualidade de vida e a autonomia funcional da criança.

Segundo este modelo, o brincar deve ser considerado como um objetivo a ser alcançado na terapia ocupacional. Nele, existe uma atitude subjetiva em que o prazer, o interesse e a espontaneidade se esbarram; essa atitude se traduz por uma conduta escolhida livremente e para a qual nenhum rendimento específico é

esperado. Ou seja, o interesse é pela criança em sua globalidade e não por uma função específica.

Para a autora, o brincar pode ser considerado um processo natural do desenvolvimento infantil. Nele, estão presentes as atividades que são próprias da criança e que contêm mais significados para ela. Esse processo natural permite que ela desenvolva tanto suas capacidades de adaptação e de interação com os outros quanto a sua autonomia, que poderão ser utilizadas em diversas situações, ajudando-a a viver melhor seu cotidiano.

Os objetivos gerais do Modelo Lúdico são estimular e desenvolver:

- a atitude lúdica (a curiosidade, a espontaneidade, o prazer, o senso de humor, a capacidade de solucionar os problemas, tendo em conta a dimensão afetiva);
- o repertório de interesses variados;
- as habilidades lúdicas da criança, instigando as esferas sensoriais, motoras, cognitivas e sociais.

Outro aspecto importante neste modelo é a dimensão afetiva, pois quando a criança tem um mínimo de confiança no adulto, ela poderá experimentar algum interesse em tomar iniciativas. A dimensão afetiva está mais associada à atitude lúdica que à ação do brincar.

Desta forma, o foco que sustenta o papel da terapeuta está em sua atitude. Ou seja, ela terá que fazer a criança compreender o que se espera dela; deve desejar que a criança escolha o que lhe interessa e que tenha prazer; deve considerar que a criança possa ter idéias pessoais muito válidas; deve ter confiança em suas possibilidades e deve estar presente para ajudá-la.

## A Clínica

Para atingir os objetivos deste trabalho, faço uma relação entre os principais aspectos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica e do Modelo Lúdico de maneira a aproximá-los da clínica da saúde mental infantil. Alguns destes aspectos podem ter sentidos iguais ou similares podendo aparecer juntos em alguns momentos.

Assim, a relação triádica pode ser caracterizada com sendo constituída pelos seguintes termos:

### População-alvo

São crianças com grave sofrimento psíquico que apresentam dificuldade no contato interpessoal, comunicação verbal prejudicada, brincadeira estereotipada (por vezes empobrecida) ou não conseguem brincar, e se encontram, muitas vezes, excluídas da própria estrutura familiar, da escola e da comunidade.

### A terapeuta ocupacional/papel da terapeuta

É uma presença bastante ativa que proporciona a realização de atividades e brincadeiras a partir dos interesses e possibilidades de cada criança, propondo sempre experiências que despertem o interesse pelos brinquedos e materiais para que esta possa experimentar o prazer de fazer, brincar e interagir com o seu meio e com o outro.

Além disso, a terapeuta ocupacional também é aquela que possui um *afeto imperioso*.

*"Que o acaso se nos mostre como a ruptura do silêncio afetivo, pelo afeto imperioso. Um afeto imperioso que ultrapasse a força da barreira e se mostre através dos mesmos objetos, coisas, jogos ou palavreado*

*constituintes até então da barreira.”*  
(Green1982, apud, Benetton)

Desta forma, ela se oferece, o tempo todo, como alguém que pode acolher seu sofrimento, ajudá-la tanto a significar algumas sensações através da manipulação dos materiais e objetos, quanto a dar significado ao material e aos objetos que fazem parte do seu meio.

A. tinha 5 anos quando chegou para o grupo de T.O., falava sozinha (incompreensível inicialmente), não percebia o outro (colegas do grupo e terapeuta), sua brincadeira limitava-se em carregar alguns objetos próximo ao seu corpo (carregava um pote contendo canetinhas coloridas) de um lado para outro da sala. Apresentava muito sofrimento quando tinha que dividir este material com os colegas do grupo. Permanecia isolada de todos durante todo o atendimento. Para tentar uma aproximação, a terapeuta produz algumas bolinhas de massa de modelar e as oferece para colocar no pote que está carregando. Aos poucos, A. começa a solicitar que a terapeuta faça mais bolinhas para colocar em seu potinho, e depois, passa a aceitar o convite da terapeuta para experimentar enrolar a massa e produzir as bolinhas. Com isso, gradativamente, começa a ampliar seus interesses por outros materiais e passa a experimentar outras atividades, além de começar a observar os colegas e a incluí-los em suas brincadeiras.

### **Um espaço aberto para receber**

A sala de terapia ocupacional funciona como um convite à brincadeira. Alguns materiais gráficos à mostra e os brinquedos sempre ao alcance, constituem-se como um espaço gostoso e acolhedor que possibilita o desenvolvimento de inúmeras atividades e brincadeiras. Nela, a criança terá a oportunidade de fazer experimentações de acordo com seus interesses, curiosidades, e, deste

modo, poderá experimentar sair de seu isolamento de forma gradativa e segura.

### **Observação da dinâmica de realização das atividades / momento do desenvolvimento**

Nesta clínica, é importante observar o repertório de interesses que a criança apresenta ao iniciar o tratamento. Com isso, é possível detectar e diagnosticar a etapa do desenvolvimento em que ela se encontra e, posteriormente, auxiliá-la em seu desenvolvimento através da ampliação de suas experiências com o seu meio (brinquedos e materiais) e com o outro (terapeuta ocupacional).

Nestas observações, aparecem quais são os interesses lúdicos e em que momento do desenvolvimento afetivo ela se encontra; como a criança brinca; como se comporta ao fazer uma atividade; como explora um material ou brinca com um brinquedo.

Pode-se notar que algumas crianças apresentam ainda um interesse voltado para o próprio corpo ou por brincadeiras muito primitivas, ou seja, o interesse ainda é por sensações táteis, sonoras e visuais. Isso acontece porque a criança não teve a possibilidade de dar continuidade ao seu desenvolvimento de forma integrada e, portanto, vive uma experiência de vida bastante limitada.

L., tinha 8 anos, não falava e não se relacionava com as outras crianças do grupo nem com a terapeuta. Explorava os materiais gráficos com muita voracidade em seu próprio corpo. Seu comportamento no grupo consistia em manipular as tintas com as mãos ou a massa de modelar de maneira compulsiva e descontrolada. Lambuzava-se inteiro de tinta, demonstrando muito prazer com a sensação do toque do pincel, da tinta, do cheiro, sendo necessário lavá-lo algumas vezes após o grupo. Com o tempo, L. passa o tempo todo do grupo misturando tudo o que via em sua frente

como a tinta, a massinha, giz de cera e canetinhas formando uma grande "meleca" com todos esses materiais em cima da mesa. Depois faz as melecas nos brinquedos e, depois, passa a querer fazer nas atividades dos colegas. Com isso, L. passa a perceber e a provocar o outro, começa a pedir os mesmos materiais dos colegas e, depois, pedir a atenção da terapeuta. Começa a fazer rabiscos no papel, brincar com os brinquedos de maneira mais organizada. Passa a imitar o pai, gesticulando alguns movimentos de ler jornal com folhas de jornais e revistas, falando no telefone de brinquedo, colocando-o entre o ombro e o pescoço e fumando com as canetinhas coloridas. Começa a trazer para a terapia seu interesse por futebol e atletas através de jornais de esportes. Sempre que chegava para a terapia, pedia folhas de jornais para fazer rabiscos nos jogadores e emblemas que estavam na folha, como se estivesse pintando e escrevendo neles.

A possibilidade que a criança tem, junto com a terapeuta ocupacional, de experimentar tudo isso de maneira prazerosa, contribui para que comece a ser construída na criança uma sensação de ser e de existir num meio compartilhado com outras pessoas que possibilite seu desenvolvimento e que, a partir disso, ela possa participar das situações ao seu redor sem que seja ameaçador para ela, diminuindo, assim, o seu isolamento.

### **Relação triádica**

As possibilidades de experimentação dos materiais e das brincadeiras vão sendo construídas junto com a criança sempre através da dinâmica triádica.

Desta forma, ela poderá começar a discriminar, junto com a terapeuta, o eu e o outro; a entender as relações de causa e efeito através das suas ações na exploração dos materiais; a ter que lidar com a frustração (brinquedos que quebram, limite de tempo para brincar devido ao término do atendimento, a atenção da terapeuta quanto esta tira férias, etc); e ainda, o prazer da brincadeira,

da produção de atividades e, de poder levar para casa o produto feito junto com a terapeuta.

### **Função terapêutica/ação educativa**

Quando a criança começa a apresentar interesses mais apropriados para sua idade tais como: materiais gráficos, brinquedos, jogos, etc., é possível ensiná-la e ajudá-la a criar inúmeras atividades que fazem parte do cotidiano de todas as crianças de sua idade: pintar e desenhar, recortar e colar figuras e desenhos de revistas e jornais, confeccionar brinquedos com sucatas, e outros.

O mesmo acontece com os brinquedos: a criança começa a representar cenas que fazem parte de seu cotidiano, podendo, posteriormente, ampliá-las e criar alguma cena de sua imaginação.

Depois disso, é possível observar algum interesse por brincadeiras que necessitem do outro para acontecer. São brincadeiras onde aparecem dificuldades que fazem parte do processo de socialização, tais como agüentar perder o jogo, agüentar seguir as regras do jogo, esperar a vez do outro, etc.

C. aos 10 anos, apesar de se destacar das outras crianças por ser muito inteligente e possuir a fala bastante desenvolvida, prefere as brincadeiras solitárias e repetitivas, nas quais pode organizar e controlar para que tudo aconteça de acordo com o seu desejo. Desta forma, ele conseguia diminuir a sensação de angústia diante do desconhecido ou inesperado. Foi encaminhado para a T.O. por apresentar dificuldades motoras finas e para melhorar suas habilidades gráficas, pois a escrita era ilegível e as pinturas muito borradas. Segundo a mãe de C., apesar de ter aprendido a ler sozinho, ele sempre evitou contato com materiais que pudessem sujar suas mãos e nunca gostou de pintar nem de outras atividades manuais. Nos atendimentos de T.O., C. passou a construir brinquedos de sucata, junto com a terapeuta, e

começou a se interessar em pintá-los para dar um acabamento, lambuzando-se todo de tinta, sem se importar com a sujeira que isto provocava. Com isso, descobriu o prazer da brincadeira com esses materiais e passou a utilizá-los e pedi-los em todas as atividades que inventava. Duravam vários atendimentos as atividades quase intermináveis, tais como construir vulcões de argila derramando a lava de tinta, bonecos de massinha que estavam próximos do vulcão, o repórter de TV que transmitia esse acontecimento do caminhão de sucata que havia construído no início do tratamento...e passamos a inventar personagens e incrementar as brincadeiras, sempre com materiais diversos. Assim, C. experimentou argila, gesso e papier maché e pôde escolher o que mais gostou e o que não gostou. Com o tempo, sua habilidade gráfica melhorou um pouco, porém sua angústia por perceber que seu desenho não corresponde ao que imagina que é capaz, por ser bastante inteligente e possuir uma crítica bastante aguçada, suas produções ainda o deixam um pouco frustrado. Porém fica muito feliz por produzir algumas telas coloridas que seu pai pendura em seu escritório. Nos jogos, C. tinha necessidade de vencer e ficava muito bravo em ter que interromper sua jogada para minha vez. Sua preferência era por jogos onde era ele quem inventava as regras, determinava as situações e acabava decidindo o final do jogo. Estes comportamentos têm diminuído de intensidade e a flexibilidade por jogadas imprevistas estão sendo possíveis e até prazerosas. Atualmente, C. tem trazido questões que sente como injustiças que fazem contra ele. Está começando a compreender os fatos e acontecimentos do seu cotidiano que não eram observadas anteriormente por ele. Esses fatos são predominantemente regras sociais que começam a fazer parte do seu novo contato com o mundo e com os outros. Agora, C. pode perceber que todas as suas ações causam

repercussões nos outros e no ambiente: as regras da escola que precisa obedecer; os colegas da escola que se afastam, se forem desrespeitados; a decepção com o futebol que está freqüentando que o deixa no banco de reservas, não sendo convocado para a partida do campeonato por não ser o melhor do time.

## Conclusão

Na Clínica da Infância, pode-se observar alguns aspectos semelhantes dentro do Método Terapia Ocupacional Dinâmica e do Modelo Lúdico. Nos dois, é possível encontrar de que forma o brincar pode estar presente, de maneira a inserir-se na lógica interna da profissão. As atividades que são utilizadas nesta clínica permitem a construção de um cotidiano que leva em conta uma inclusão saudável e participativa do seu meio sócio-cultural e permite que o desenvolvimento se dê forma integrada em todos os seus aspectos constituintes.

Para finalizar este trabalho, retomo algumas considerações importantes nesta clínica segundo Benetton e Ferland:

- é fundamental para a criança a participação da terapeuta ocupacional na brincadeira;
- é importante que a terapeuta ocupacional conheça as etapas do desenvolvimento infantil e seus respectivos interesses lúdicos, além da psicodinâmica do indivíduo;
- é essencial que a elaboração e aplicação de técnicas psicopedagógicas para a realização de atividades possam constituir-se no instrumento terapêutico, como também numa ação educativa como parte constituinte da função terapêutica;
- é necessário observar que, no processo de realização de atividades, tanto um corpo pode usar a linguagem no mostrável, como também

observar o processo de aprendizagem; constituindo-se como parte importante do raciocínio clínico da terapeuta ocupacional.

*“Para que assim seja, há um silêncio (...) ser necessário construir nesse programa de terapia ocupacional. É o silêncio da terapeuta. O silêncio dos seus próprios desejos, anseios, do saber antecipado, da ansiedade e da angústia..”* (Benetton, 1995)

## Referências Bibliográficas

BENETTON, M.J. **O Silêncio**. Cad. Ter. Ocup. UFSCAR, v.4, n.1-2,1995

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

BENETTON, M.J.; FERRARI, S.; TEDESCO, S. **Terapia Ocupacional: função terapêutica e sua ação educativa**. (no prelo)

FERLAND, F. **O Modelo Lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a Terapia Ocupacional**. 3ªed. São Paulo: Rocca, 2006.

MARCOLINO, T.Q. **A dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional**. Dissertação de Mestrado da UFSCAR, São Carlos, 2005.

## Notas (endnotes)

<sup>1</sup> Benetton ressalta que, na terapia ocupacional, não se deve observar a transferência a partir do olhar do psicanalista, mas da transferência positiva que permite um trabalho com a realidade do fazer, sendo esta mais adequada que a da neurose de transferência.

# Diagnóstico Situacional: uma possibilidade de avaliação em Terapia Ocupacional

Juliana Contreras Tito  
Gabriela Cruz de Moraes.

## Resumo

Este artigo discute um processo de avaliação realizada com base nos pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, enfocando pontos importantes a serem observados nesse processo e situando a formação inicial do diagnóstico situacional. Para tanto, foi utilizado um caso atendido com um contrato inicial de avaliação para atendimento em terapia ocupacional.

**Palavras – Chave:** Terapia Ocupacional, Método Terapia Ocupacional Dinâmica; Diagnóstico Situacional; Avaliação.

## Abstract

The purpose of this paper is to discuss an evaluation process based on the presupposed factors of the Dynamic Occupational Therapy Method, in such a way that it enlightens the main features to be remarked in this process as well as pointing out the beginning of the situational diagnosis. In order to obtain the mentioned argument this study was performed in a patient who had been initially assigned to have an Occupational Therapy assistance.

**Keywords:** Occupation Therapy; Dynamic Occupational Therapy Method; Situational Diagnosis; Evaluation.

## Introdução

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica, segundo Benetton (1994), caracteriza-se por fundamentar dinamicamente a relação que se estabelece entre seus três elementos fundamentais: paciente-terapeuta-atividades. O paciente, sujeito alvo, é descrito pela mesma autora em outro trabalho (Benetton, 2006) como alguém “geralmente colocado à margem de um cotidiano pessoal e social” (p. 90). Já as atividades são descritas por Ceccato (2002) como possibilitadoras e ampliadoras de experimentação do contato com o mundo, auxiliando no processo de escolhas, de construção da própria história e na transposição de experiências vividas no *setting* para o cotidiano.

O terapeuta ocupacional, por sua vez, irá atuar como um facilitador para promover as interações, favorecer possibilidades de experimentação ao paciente das diversas técnicas e experiências, além de auxiliar na compreensão das ocorrências desencadeadas no processo, tanto no mundo externo quanto intrapsiquicamente.

O *setting* em terapia ocupacional dinâmica inclui a terapeuta, o paciente, os materiais e as atividades e é caracterizado por Benetton (1994) como “um espaço internamente aberto para receber e externamente aberto para estimular o partir” (p.67). É um espaço potencial para construção de novas histórias na vida do paciente.

Ferrari (2002) quando descreve a intervenção dentro do Método Terapia Ocupacional Dinâmica

mostra que a investigação se encontra bastante presente para associar os três termos da relação. A autora refere que a observação e memorização dos acontecimentos durante a dinâmica de realização das atividades permite a conexão com fatos até então desconectados para o paciente, ou seja, discurso verbal, produto final, processos de realização de atividades anteriores, bem como, comportamentos e atitudes resultantes da relação triádica, possibilitando, desta forma, a (re) construção de histórias.

A experiência aqui relatada corresponde ao processo de avaliação e a conseqüente formação de um diagnóstico situacional inicial de um paciente psiquiátrico encaminhado para atendimento em terapia ocupacional em um centro de assistência em saúde mental localizado na cidade de São Paulo. O processo em questão foi realizado durante estágio de terapia ocupacional na área de saúde mental, sendo que os atendimentos foram realizados juntamente com a supervisora responsável.

### Diagnóstico Situacional

A Terapia Ocupacional Dinâmica recorre ao chamado *diagnóstico situacional* (Benetton, 1994) como um procedimento para retratar as condições sócio-emocionais e culturais, apresentadas pelo indivíduo. Não se trata, contudo, de um diagnóstico clínico fechado, mas de recortes constantes no decorrer do processo terapêutico onde cada aspecto da vida do indivíduo é considerado em dado momento. Diferencia-se do diagnóstico médico quanto à demanda, que não é claramente expressa e geralmente é feita com auxílio da família e demais pessoas envolvidas com o sujeito fora do *setting*. O objetivo também é um fator diferenciador: enquanto do ponto de vista médico objetiva-se a cura para um determinado quadro de sintomas observado, o da

terapia ocupacional busca, considerando as particularidades das condições emocionais, sócio-econômico-culturais apresentadas pelo sujeito em dado momento, proporcionar intervenções facilitadoras que potencializem sua inserção social, não desconsiderando a nova realidade apresentada pelo sujeito como limitações decorrentes da própria manifestação da doença, mas acima de tudo, estimulando aspectos saudáveis e potencialidades observadas na formação do diagnóstico situacional que fortaleçam seu autoconhecimento e melhores formas de realizar suas atividades cotidianas.

A discussão na equipe e a presença de dados colhidos com os demais profissionais também vêm acrescentar na elaboração do diagnóstico situacional. É importante saber como o paciente é visto por outras pessoas, pela família, ou seja, saber também como ele é fora do *setting* da terapia ocupacional.

### Processo de avaliação

A avaliação permite identificar, de acordo com as possibilidades e demandas apresentadas, se há indicação para intervenção em terapia ocupacional e, neste caso, em quais modalidades de tratamento o paciente se beneficiará no momento, levando em consideração o desejo/interesse do mesmo em participar (Coppini e Salomão, 1999). Essa avaliação é entendida como um "diagnóstico situacional inicial". Após inserção no Serviço de Terapia Ocupacional, este diagnóstico situacional também passa por modificações ao longo do tempo, como previsto no Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

No primeiro encontro, geralmente, é realizada uma conversa (entrevista) inicial; esclarecimentos sobre o processo de avaliação bem como motivos do encaminhamento; estabelece-se um contrato

terapêutico para a avaliação, apresentação do local e materiais utilizados na terapia ocupacional.

Nos demais encontros, procura-se oferecer contato com os materiais disponíveis, despertar interesse sobre escolha/aprendizagem de alguma atividade, "...proporcionando produções concretas, sustentando o desenvolvimento da subjetividade, criando situações onde possa perceber que ações, atitudes e atividades são elementos de comunicação e compondo assim, o processo terapêutico" (Mastropietro, 2001).

Diante disso o terapeuta ocupacional deve atentar para o modo como o indivíduo se porta dinamicamente frente aos outros dois termos na construção da relação triádica: as atividades e o terapeuta.

A conversa inicial, o modo como foi feita a escolha da atividade, o que foi escolhido, o significado de tal escolha e atitudes do paciente em geral no processo dinâmico de lidar com as demandas das atividades são dados importantes para o olhar do terapeuta ocupacional. O fazer diz mais que o falar em muitos casos, tendo o terapeuta que estar atento tanto ao conteúdo do discurso verbal apresentado quanto à dinâmica do "fazer". Isso possibilita que o diagnóstico situacional seja organizado de forma ampla e contemplativa.

### **Apresentação do caso**

Trata-se de um paciente atendido pela equipe de Psiquiatria em sistema ambulatorial. Chegou ao setor de Terapia Ocupacional encaminhado por uma residente de psiquiatria da instituição apresentando como demanda o empobrecimento das relações sociais.

A avaliação de E. foi realizada na presença da estagiária e da terapeuta ocupacional responsável, totalizando cinco encontros.

E., sexo masculino, solteiro, 29 anos, na época da avaliação morava com a avó e primos em uma cidade vizinha da cidade de São Paulo. Recebeu diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia quando tinha por volta de 20 anos, data de sua primeira internação.

No relato de sua história, E. diz ter sido uma pessoa comunicativa, que gostava de namorar, jogar futebol e passear com os amigos antes de sua primeira internação. Conta que saiu da casa da mãe em São Paulo onde morava com as irmãs e o padrasto pelo fato de todos trabalharem fora e, portanto, não poderem controlar seus horários de medicação, além de ficarem receosos pelo fato de E. ficar sozinho. No entanto, durante o processo de avaliação em terapia ocupacional, E., apesar de não falar sobre isso claramente, deixa transparecer que os motivos que levaram à sua saída de casa não foram apenas estes, passando a idéia de uma relação conflituosa com o padrasto. Conta que saiu de casa inicialmente aos 12 anos de idade, mas não consegue explicar o motivo, nem para onde foi, como sobreviveu e como retornou, ora apresentando discurso confuso, ora desviando o assunto quando perguntado sobre mais detalhes de sua vida. Segundo ele, sua mãe não o aceita de volta à casa.

Diz ter se envolvido com drogas, roubos, chegando a ficar preso "por um tempo curto, porém suficiente para desestruturá-lo" (sic). Queixa-se de sentir-se mal ao andar na rua, incomodando-se com a presença dos outros, relatando sentir uma sensação de "branco" e "um buraco" em sua mente (sic). Também aparece o incômodo de não conseguir fazer amizades.

Na dinâmica de realização das atividades, E., de início, demonstra um comportamento ativo, referindo interesse na aprendizagem da técnica e conseguindo significar a escolha da atividade: um enfeite de cozinha para presentear a mãe. Durante a dinâmica de realização de atividades, E. demonstra maior tranquilidade, parecendo-nos sentir-se mais à vontade no "fazer" do que em falar, já que deste modo conseguia desviar o foco da conversa. Apesar disso, apresentou pouca concentração e baixo envolvimento na realização da atividade, não condizente com o interesse que mostrou inicialmente.

E., nos primeiros encontros, chegava sempre antes do horário combinado e relatava interesse em aprender diversas técnicas de atividades e o desejo de retomar suas relações sociais saudáveis, este discurso inicial parecia-nos um tanto sedutor, já que falava de seu interesse em fazer terapia ocupacional. Logo no terceiro encontro apresenta discurso sedutor contando que nesse curto tempo de terapia já havia retomado algumas atividades sociais, conhecido novos amigos, voltado a jogar futebol e que estava mais ativo na resolução de seus problemas. Apesar de sua fala, observávamos no *setting* outra dinâmica de funcionamento, E. não conseguiu nem ao menos finalizar durante o período de avaliação a atividade iniciada, ao contrário, abandonou-a na sala, sem qualquer interesse em dar continuidade. Vale lembrar que, inicialmente, a fala de E. era que essa era uma atividade com significado claro no seu cotidiano.

No último encontro, E. apresentou dificuldade em discutir sobre a continuação do acompanhamento em terapia ocupacional. Contradizia-se, ora afirmando gostar e sentir necessidade dos atendimentos, ora alegando que sentia-se mal vindo aos encontros.

De modo geral pôde-se constatar que E. por diversas vezes se contradiz nas suas falas e

explicações, apresenta dificuldade na organização dos fatos pessoais, mostrando impaciência e relatando verbalmente grande incômodo em falar sobre seu passado. Procura sempre que possível desconversar, fazendo alguma piada para desviar o assunto ou fazendo perguntas sobre as técnicas das atividades que as terapeutas estavam realizando no atendimento. Desta forma, tornou-se dificultada uma descrição mais exata de sua rotina anterior e atual; além disso, E. tentava de todo modo evitar contato das terapeutas com seus familiares.

Ao término da avaliação a proposta terapêutica seria de inseri-lo inicialmente em atendimento individual de terapia ocupacional, objetivando primeiramente retomar atividades saudáveis realizadas anteriormente por ele, bem como despertar novos interesses na (re)construção e ampliação de um cotidiano mais saudável nos aspectos sócio-emocionais, além de buscar compreender este funcionamento contraditório que dificultava o seu acompanhamento na instituição.

Após apresentado e discutido em reunião de equipe, algumas informações importantes puderam ser obtidas com outros profissionais (enfermeiro, assistente social e psiquiatra) a respeito de E., sendo acrescidas, neste momento, em seu diagnóstico situacional. E. não mora com a avó consangüínea, mas com uma senhora que aceitou criá-lo juntamente a outros jovens com problemas de delinqüência, sugerindo assim um ambiente domiciliar conturbado. Descobriu-se também que a relação com o padrasto de fato não é amistosa e que E. fica muito agressivo quando contrariado ou quando em crise. Faz uso de um jeito "sedutor" para conseguir ganhos ou vantagens em suas relações. Além disso, não apresenta aderência ao tratamento, faltando constantemente às consultas.

## Discussão

Ao término do processo, como observado anteriormente pela equipe, E. não conseguiu dar continuidade e assumir um tratamento mais sistemático. Isso pode ter ocorrido por um combinado de fatores, ou seja, E. não tinha suporte familiar que sustentasse as vindas semanais para os atendimentos de terapia ocupacional; a própria doença trazia sintomas que comprometiam a sua iniciativa e organização (fatores que seriam trabalhados posteriormente nos atendimentos) e possuía uma dinâmica que, muitas vezes, impedia que acessássemos o seu real desejo em vir e estar para fazer terapia ocupacional.

Essas hipóteses só puderam ser formuladas porque, de acordo com Ferrari (2002), a observação estava presente para ser possível a conexão entre todos os dados ocorridos dentro do *setting*. Além disso, dados colhidos com a equipe reforçaram e compuseram o diagnóstico situacional, possibilitando que a avaliação de E. fosse mais precisa e contribuísse com dados para a intervenção interdisciplinar, permitindo um maior enfoque dessas questões também nos atendimentos dos demais membros da equipe.

## Conclusão

É possível observar a construção e importância de um diagnóstico situacional como procedimento em Terapia Ocupacional Dinâmica e como dados importantes podem ser colhidos na observação das diversas ações/atividades para detectar a demanda do paciente no processo de avaliação.

Na experiência com E., inicialmente, as informações para construção do diagnóstico foram coletadas exclusivamente com ele, durante o processo de construção da relação triádica. Em reunião de equipe e discussão acerca de comportamentos de E. externos ao *setting* de terapia ocupacional, tivemos contato com informações

como: suas constantes faltas no tratamento ambulatorial; sua postura agressiva diante de certas situações; suas desavenças dentro de casa e demais dados colhidos pela equipe com familiares, que explicitavam o receio da equipe em inseri-lo em tratamento mais sistemático. Isto possibilitou entender melhor seu funcionamento e reafirmar que para a construção do diagnóstico situacional faz-se necessária uma visão ampliada do cotidiano do paciente, de suas ações, sendo essencial coletar informações não só com o paciente, mas com pessoas dentro de seu contexto (onde as relações sociais também ocorrem), isto é, buscar construir o diagnóstico em conjunto para entender suas atitudes, seus suportes e funcionamento da família. Foi possível, então, compreender melhor algumas dificuldades observadas e que não adiantaria tentar algum tratamento com E. que não considerasse tais dificuldades.

## Referências Bibliográficas

- BENETTON, M.J. *A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental*. Campinas, 1994. 190f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Programa de Pós- Graduação em Saúde Mental, Universidade de Campinas
- BENETTON, J. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional* São Paulo: Diagrama&Texto/ Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999.
- CECCATO, T.L. Conexões e sentidos: recorte de um processo de terapia ocupacional. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, ano.7, São Paulo, v.7, n.7, p.18-21, dez. 2002.
- COPPINI, R.Z.; SALOMÃO, F.P. *A Clínica terapia ocupacional na abordagem de manejo de caso*. 1999. Mimeografado.
- FERRARI, S.M.L. A-tua-ação da terapia ocupacional no corpo contido. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, v.7, n.7, p.9-13, dez. 2002.
- MASTROPIETRO, A.P. Implantação de um serviço de terapia ocupacional em uma unidade de medula óssea. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, v.6, n.6, p.14-18, out. 2001.

**Alessandra Camargo Pellegrini**

Terapeuta Ocupacional do CRIA- UNIFESP  
Especialização em Saúde Mental da Infância e  
Adolescência- UNIFESP, Escola Paulista de Medicina.  
Especialização no Método Terapia Ocupacional  
Dinâmica - *ceto*  
e-mail: alepellig@yahoo.com.br

**Cheryl Mattingly**, PhD, Professora Assistente,  
Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade  
de Illinois, Chicago, 1919, West Taylor Street,  
Chicago, Illinois 60612.

**Daniella de Oliveira Melo**

Terapeuta Ocupacional do CAISM, da Irmandade da  
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.  
Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde  
Mental pela UNIFESP, Escola Paulista de Medicina.  
Especialização no Método Terapia Ocupacional  
Dinâmica- *ceto*.  
e-mail: ddmelo75@hotmail.com

**Gabriela Cruz de Moraes**

Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção  
Psicossocial Profº Luis da Rocha Cerqueira. Supervisora  
do Curso de Especialização de Terapia Ocupacional  
em Saúde Mental da UNIFESP. Especialização em Saúde  
Mental pela UNIFESP. Especialização no Método Terapia  
Ocupacional Dinâmica- *ceto*. Mestre em Ciências  
pela UNIFESP.  
e-mail: gcruzmoraes@yahoo.com.br

**Jô Benetton**

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

**Juliana Contreras Tito**

Terapeuta Ocupacional com aprimoramento em  
Terapia Ocupacional em Saúde Mental pela Irmandade  
da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo  
e-mail: juliana\_tito@yahoo.com.br

**Karina Rodrigues Matavelli Rosa**

Terapeuta Ocupacional  
Especialização no Método Terapia Ocupacional  
Dinâmica- *ceto*  
e-mail: karina\_to@hotmail.com

**Larissa Hebling Frungilo**

Terapeuta Ocupacional especializanda em Terapia  
Ocupacional em Saúde Mental pela UNIFESP, Escola  
Paulista de Medicina  
e-mail: larissafrungilo@hotmail.com

**Sonia Ferrari**

Terapeuta Ocupacional  
Diretora do *ceto*  
Diretora do Instituto "À Casa".  
e-mail: sferrari@uol.com.br

**Tais Q. Marcolino**

Terapeuta Ocupacional.  
Especialização no Método Terapia Ocupacional  
Dinâmica- *ceto*  
Mestre em Educação pela UFSCar.  
Doutoranda em Educação pela UFSCar.  
e-mail: taisquevedo@hotmail.com

**Thais Aparecida Peral**

Terapeuta Ocupacional especializanda em Terapia  
Ocupacional em Saúde Mental pela UNIFESP, Escola  
Paulista de Medicina  
e-mail: thaisperal@terra.com.br

**Tatiane Luize Ceccato**

Terapeuta Ocupacional da Unidade Psiquiátrica do  
Hospital São Paulo.  
Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde  
Mental pela UNIFESP, Escola Paulista de Medicina.  
Especialização no Método Terapia Ocupacional  
Dinâmica- *ceto*  
e-mail: tlceccato@uol.com.br

## Normas para envio de artigos e resenhas

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

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



*ceto* Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional

Rua Fradique Coutinho nº 1945 - Sala 1 - Vila Madalena - São Paulo - S.P.  
CEP 05416-012 - Fones/Fax: (11) 3813.2131 e 3813.2426  
[ceto@terra.com.br](mailto:ceto@terra.com.br)