

ceto

revista

CENTRO DE
ESPECIALIDADES
EM TERAPIA
OCUPACIONAL

Ano 13 - Número 13 - 2012

É com muita satisfação que fazemos o lançamento da revista CETO nº13, novamente em versão eletrônica, desta vez comemorando o I Simpósio da Associação dos Terapeutas Ocupacionais do CETO (ETO).

A ETO consolida nosso antigo e precioso projeto de congregar nossos formandos com o objetivo de ampliar o projeto CETO, expandindo a aplicação do MTOD com o desenvolvimento e a criação de uma Clínica Social.

O nosso olhar sempre esteve voltado para a consolidação e desenvolvimento da Terapia Ocupacional - a profissão - através de estudos clínicos e de pesquisa da prática terapia ocupacional. A congregação dos profissionais do CETO no ETO é o pontapé inicial do desejo a ser realizado na continuidade e ampliação da assistência de ensino e pesquisa da terapia ocupacional.

Nossa revista, em primeiro lugar então, homenageia a primeira e a segunda gestão dessa Associação.

A publicação é aberta com nossas palestras apresentadas em eventos recentes da Terapia Ocupacional. Os artigos inéditos têm como autoras nossas colegas que fazem parte do grupo de membros do CETO:

Taís Quevedo Marcolino, Tatiane Ceccato, Viviane Santalucia Maximino, Elisabete Cipolla Petri e Augusta Oliveira Cesar de Carvalho.

As autoras apresentam importantes reflexões teóricas clínicas sobre o raciocínio clínico da terapeuta ocupacional, o entendimento do fenômeno transferencial como um de nossos procedimentos e a compreensão que temos hoje do conceito de saúde.

As produções são fruto do aprofundamento dessas autoras em estudos avançados sobre o MTOD.

Terminando, apresentamos artigos de nossas formandas Camila Camargo Santarosa, Rafaela Arrigoni, Maria Cristina Coelho, Kátia Zerbinati, Ana Cristina Spinelli, Elenilda Sena Nunes, Loredana Locatelli Carvalho, Quesia Botelho Fernandes, Thiene Rocha Bersan e Marcia Pengo, que ilustram, por meio da clínica, o produto de seus investimentos na formação clínica no MTOD.

Jô Benetton
Sonia Ferrari

ceto

Centro de Especialidades
em Terapia Ocupacional

Diretora de Redação

Sonia Ferrari

Editora Chefe

Jô Benetton

Conselho Editorial

Alessandra Camargo Pellegrine

Ana Paula Mastropietro

Gabriela Cruz de Moraes

Giovana Martini

Luciene Vaccaro de Moraes Abumusse

Renata Cristina Bertolozzi Varela

Taís Quevedo Marcolino

Tatiane Luize Ceccato

Viviane Maximino

Editoração eletrônica

Fábio Lesiv

Revisão

Aline Rocha Lesiv

Responsabilidade editorial

Vicente Barbado

ISSN: 1518-9716

A **Revista *ceto*** é uma publicação 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 www.***ceto***.pro.br e-mail: ***ceto***@terra.com.br

Sumário

Palestras

**A narrativa clínica no Método
Terapia Ocupacional Dinâmica**4
Jô Benetton

**Saúde mental: acompanhamentos terapêuticos,
reabilitação psicossocial e clínica**.....9
Sonia Ferrari

Artigos

**O raciocínio clínico da
Terapeuta Ocupacional ativa**14
Taís Quevedo Marcolino

**A transferência na constituição
da relação triádica: relato clínico**.....26
Tatiane Ceccato

**A compreensão de saúde para o
Método Terapia Ocupacional Dinâmica**34
Viviane Santalucia Maximino
Elisabete Cipolla Petri
Augusta Oliveira Cesar de Carvalho

**Erros, acertos e consertos em
um atendimento infantil**41
Camila Camargo Santarosa

Brincar é coisa séria49
Maria Cristina Coelho

**Por onde começamos?
Que tal pela Terapia Ocupacional?
Relato de uma experiência
escrito a muitas mãos**.....57
Kátia Zerbinati
Ana Cristina Spinelli
Elenilda Sena Nunes
Loredana Locatelli Carvalho
Quesia Botelho Fernandes
Thiene Rocha Bersan

Onde habitar é possível67
Rafaela Arrigoni

**Contribuições da Terapia Ocupacional
na assistência da mulher mastectomizada
no Hospital Amaral Carvalho de Jaú**74
Márcia Maria Shirley Boletti Pengo

Colaboradores deste número83

Normas para envio de artigos e resenhas.....85

A narrativa clinica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica

1º Simpósio Internacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional,
Instituto de Psiquiatria HC FMUSP, 28 de agosto de 2010.

Jô Benetton

Agradeço as colegas do IPQ-USP pelo amável convite para este 1º Simpósio Internacional de Pesquisa, ao qual respondo contando recortes do meu trabalho clínico no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional.

Para começar, três desses recortes são histórias muito diferentes de pessoas que demonstram tanto necessidade como desejo de fazer Terapia Ocupacional.

Maurício me pedia para dirigir um caminhão Scania de oito rodas. Seu lugar de "FILHO" (de Deus) seria testado e comprovado se eu conseguisse dirigir esse enorme veículo - feito impossível diante da pequenez dos meus nem um metro e sessenta e uma feminina força muscular.

Fabiano, aos vinte anos, ainda não conseguia fazer sua higiene pessoal e passava longos minutos trancados no banheiro sem conseguir se limpar ou se lavar, entupindo, porém, com papel higiênico, o vaso sanitário.

Célia sabia o que tinha e como ia morrer, pois que era igual a sua mãe e seu irmão. Tudo, em sua vida, era tratado do ponto de vista médico e quase nenhum movimento era conseguido por poder fazer mas sim por meio de cirurgias.

Pode parecer muito estranho apresentar-lhes esses recortes de casos clínicos.

De onde vem a ideia de falar de pacientes sem descrever seus sintomas, sem discutir as particularidades de suas síndromes, deficiências ou doenças?

Ora, isto vem de um raciocínio muito simples que,

em vez de ser sobre a doença, é sobre como ela repercute na vida de alguém. Trata-se de olhar e ver como o cotidiano de um paciente é ou fica alterado com a repercussão de sua doença ou deficiência no seu cotidiano.

A antropóloga Cheryl Mattingly em (1989, 1991) foi contratada pela AOTA (American Occupational Therapy Association) para realizar uma pesquisa a nível nacional nos USA, com objetivo de detectar a forma de raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais.

É preciso explicar que a Antropologia Médica diferencia dois termos na língua inglesa: *DISEASE* como doença no sentido bioquímico e *ILLNESS* como doença no sentido da experiência da doença.

As conclusões da pesquisa de Mattingly são muito interessantes;

1- Os terapeutas ocupacionais estão preocupados com a experiência da doença.

2- Eles percebem, hoje, que nas ações aparentemente pragmáticas da Terapia Ocupacional com fins práticos, existe o desenvolvimento de uma narrativa que estabelece associações entre problemas biomédicos, história de vida - passado e futuro, experiências simbólicas, conhecimento tácito, vislumbre de um futuro.

3- Existe, por parte dos terapeutas ocupacionais, uma descrição com base no que chamam de senso comum e que na verdade é realmente conhecimento, a tal ponto que conseguem colocar em palavras as complexas relações que fazem

ao decidirem seguir uma linha de tratamento ou mesmo uma simples atividade ou exercício que o paciente deva realizar.

4- Neste discurso, já existe para o terapeuta ocupacional temas pré-existentes: limites, possibilidades, volta para casa, inserção social e familiar.

5- Também passam facilmente, em uma mesma sessão de Terapia Ocupacional, a atuar do ponto de vista biomédico e, ao mesmo tempo, para estar em acordo com a experiência de vida dos seus pacientes, integrando na prática o que é separado na teoria, olhando assim para o cotidiano.

6- Ela conclui que as terapeutas ocupacionais pensam narrativamente e que a estrutura dessa narrativa está na ação e na experiência. Lembro aqui Hannah Arendt (2004) que, filosoficamente, pensa que ações são começos, que só fazem sentido nas redes das relações humanas.

7- Por fim percebe que terapeutas ocupacionais constroem e contam histórias. Esta atividade é interligada por meio de eventos do passado e do futuro do paciente, sendo construída no presente da Terapia Ocupacional.

Mas que histórias são estas?

Ainda para Mattingly, o terapeuta ocupacional conta uma história ou a história de alguém, com palavras nascidas nas ações.

Trata-se então, do que Bruno Latour (2004), sociólogo e antropólogo, denomina de comunicação com um repertório rico que inclui o “falar” e o “fazer falar” numa relação entre humanos e não humanos. Ao curso da ação, o humano e o não humano ficam aparentes. Nesse caminho antropológico, trata-se de eliminar a contradição entre o humano e a natureza. A

natureza, os objetos, as coisas e os humanos são amarrados numa rede de relações por ações estabilizadoras ou desestabilizadoras, sendo que se busca sempre estados estáveis. Muito antes, Roy Wagner, (1975), sobre esta questão escreveu: “Os objetos nunca existem independentemente da relação com ‘seu’ sujeito”.

Esses autores que corroboram com o Método Terapia Ocupacional Dinâmica, ilustram-no com a nossa forma de raciocínio clínico baseado na repercussão da doença e desenvolvido através de um pensamento associativo e narrativo e sustentam, ainda, uma relação do sujeito com seus objetos. Desde os objetos usados no seu dia a dia como aqueles utilizados como recurso às suas deficiências.

O núcleo duro do método é constituído pelo que denominamos de dinâmica da relação triádica. Mais especificamente, da dinâmica de ação e reação a ser observada e trabalhada numa relação triádica. A colaboração de Latour e Wagner para o método esta justamente na afirmativa de uma relação do sujeito com, no caso da Terapia Ocupacional, suas atividades.

Forma-se assim a dinâmica dessa relação constituída pelo movimento do sujeito, terapeuta e das atividades.

Aliás, uma correção do passado: Para quem não acompanha nosso caminho, o método Terapia Ocupacional dinâmica assim é denominado (no CETO), não pela nossa origem psicodinâmica, mas sim pela dinâmica da relação triádica.

Mauricio, Fabiano e Célia, por meio de suas ações, utilizando do nosso instrumento ATIVIDADES no presente, traziam para a relação com a terapeuta ocupacional o que estava resultando de um passado que os havia afetado.

Esse momento - desses três sujeitos em Terapia Ocupacional – denominamos, no método, de

“diagnóstico situacional”. Esse diagnóstico é o resultado da observação da terapeuta de como o sujeito se apresenta num momento ou a cada momento realizando atividades e se relacionando com sua terapeuta. Esta observação é sempre acrescida do pensamento associativo da terapeuta de tal forma a manter-se alerta para informações advindas de outras situações do paciente, tais como suas relações familiares, profissionais, em outras terapias, etc.

Através desse diagnóstico informativo que vamos inferir um possível caminho de construção de atividades, com as quais o paciente possa ampliar suas ações cotidianas.

Soluções são buscadas.

Se eu, a terapeuta, conseguisse dirigir o caminhão, isto comprovaria que, nessa relação advinda da ação entre o humano e o não humano, seu novo lugar no mundo seria estável.

Como se usam os objetos de tal forma que nos sejam úteis? Coisas como o papel higiênico ou uma caneta e uma órtese sendo a extensão do nosso próprio corpo?

Por que cortar ALÉM DO CORPO, o sentido, significado e desejo se mesmo com limites pode-se não estar “doente” nas realizações do dia a dia?

Bem vamos em frente.

No método, a clínica da Terapia Ocupacional é o objeto de estudo e de ação. Isto porque consideramos a Terapia Ocupacional uma Ciência Paradigmática a partir da fundação da profissão por Slagle, pela prática do Treinamento de Hábitos. Assim sendo, tudo que, até agora, Sonia e nós no CETO concluímos e construímos foi, antes de

tudo, pesquisado na própria tradição da Terapia Ocupacional desde a sua fundação no início do século passado.

Maurício estava cursando o último ano de sua formação na USP, quando sua família e amigos perceberam que ele não estava dando conta de estudar ou fazer qualquer atividade até então constituinte de seu cotidiano.

Ele foi tratado por muito tempo, quase que só em Terapia Ocupacional. Seu médico o atendia a cada dois meses, mantendo-o, diga-se de passagem, muito bem medicado. A primeira crise lhe deixou marcas para sempre, mas isso não impediu que uma vida saudável se estabelecesse em relação à família e a sociedade. Sua história na Terapia Ocupacional foi narrada principalmente através de múltiplas aplicações da técnica de trilhas associativas. As narrativas desenvolvidas nunca deixaram de incluir sua relação direta com um deus-pai, ao mesmo tempo em que foi desenvolvendo que esse era só dele e que nós outros mortais podíamos cada ter também um só nosso. Nessa análise, discutíamos seu desenvolvimento e estabelecíamos perspectivas. Ele associava a compreensão de seu passado num presente de novas e diferentes realizações na Terapia Ocupacional, inventando, por fim um futuro diferente daquele inicial do intelectual da USP.

Para Fabiano, nossa função terapêutica foi altamente centrada na ação educativa. Aliás, uma característica inerente ao MTOD. A função terapêutica nos procedimentos do método está permeada por ações educativas inscritas no ensinar e no realizar atividades na relação terapeuta-sujeito-atividades. As atividades, instrumento centralizador e orientador do processo terapêutico, facilitam o ensino e a aprendizagem através da experiência prática.

Os rituais que apresenta em seu comportamento

foram utilizados para que pudesse aprender cuidados básicos como higiene pessoal, principalmente ao barbear-se e alimentar-se com moderação e não como compulsão. Nesse caminho, duas atividades se tornaram norteadoras de seu cotidiano: Aprendeu a escrever uma forma de poesia pós-moderna - as palavras são todas emendadas de tal forma a manter um foco e não se dispersar como são seus sintomas de percepção, atenção, concentração e memória, e pintar quadros que são verdadeiras releituras de artistas famosos.

Muitas vezes se desorganiza, infelizmente por um motivo muito concreto: em consequência de inúmeros e profundos conflitos familiares.

Nesses momentos, o ambiente calmo do *setting* da Terapia Ocupacional e massagens relaxantes, como a calatonia, são as atividades minimizadoras de uma profunda angústia aparente em pequenas atitudes agressivas com amassar frutas, quebrar pequenos objetos como a escova de dente, voltar a entupir o vaso sanitário e não comer alimentos sólidos.

O que fazer no caminho da terminalidade? Célia se via como culpada da doença que geneticamente seria transmitida para algum se não todos os seus cinco filhos. Essa forma de pensar, no início do aparecimento dos seus sintomas, foi várias vezes referida não só pelos próprios filhos como pelo seu marido. Este, desde o seu casamento, havia sido alertado por sua sogra e cunhado já portadores da síndrome. Sua ideia principal é que, de certa forma, mutilar seus movimentos era proteger sua família de um tratamento que exigiria a participação deles em tempo e cuidados.

O fazer atividades manuais para uma pessoa com formação basicamente intelectual é quase começar uma vida nova, e foi o que Célia resolveu experimentar. Uma frase dela nos diz desse novo caminho: “Quando faço essas atividades tenho

dores, mas não sei se é da doença ou do tempo que quero estar fazendo-as”.

Mastropietro (2008) nos alerta que, em Terapia Ocupacional, nos quadros de terminalidade, os pacientes se envolvem com atividades de vida e não com a morte. Assim diz: “O processo de Terapia Ocupacional passa a assumir diferentes significados, dependendo do momento de vida e da história pessoal de cada paciente. Aproximando-se da morte, podemos observar momentos intensos de vida. Enquanto há vida é com ela que lidamos”.

Até quando estive com Célia ela estava se propondo a uma nova forma organizar seu cotidiano. Mas, infelizmente, uma nova cirurgia foi proposta e esta teve a adesão de toda sua família. Novamente, o pensamento em apenas sanar um sintoma prevaleceu ao esforço e desejo da paciente em construir um caminho diferente.

Nessa narrativa, com pedaços de histórias acontecidas na Terapia Ocupacional, abordamos os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

O primeiro deles é que, para nós, a Terapia Ocupacional é uma ciência paradigmática. Se não acharem tudo isso, tudo bem, mas temos certeza de que é uma profissão paradigmática.

A Terapia Ocupacional vista aos olhos do método tem seu núcleo duro na DINÂMICA DA RELAÇÃO TRIÁDICA: dinâmica do movimento de ação e reação entre paciente, terapeuta e atividades.

Nosso alvo principal é a CONSTRUÇÃO DE E NO COTIDIANO e, para isso, olhamos e trabalhamos com a repercussão da doença, em aspectos saudáveis, onde sentido, significado e desejo são na Terapia Ocupacional os ingredientes da “cura”.

Nosso raciocínio clínico, o narrativo, nos permite estabelecer um espaço de historicidade para que

nosso sujeito alvo desenvolva a história da relação triádica num caminho propício a transportá-la para o seu cotidiano.

Em qualquer que seja a clínica médica e/ou na educação e/ou para as pessoas que escolhem a Terapia Ocupacional como busca de orientação e soluções, a realização de atividades é o princípio e o fim de nossos propósitos, de tal forma que nesse caminho se busque a inserção social.

No método, para o processo da Terapia Ocupacional, a ação educativa se institui na própria função terapêutica.

As técnicas de ensino e aprendizagem de atividades, de análise, desenvolvimento da relação triádica e as de avaliação são conceitualmente desenvolvidas de tal forma a permitir um proceder de cada terapeuta em qualquer clínica ou área em que atue.

Assim munidas, desenvolvemos diagnósticos situacionais que nos permitam localizar o sujeito no seu meio, auxiliando-o a buscar sua inserção social.

Referências Bibliográficas

MATTINGLY, C. **A Natureza Narrativa do Raciocínio Clínico**. Revista CETO, Ano 10, nº 10, São Paulo, 2007.

WAGNER, R. **A Invenção da Cultura**. Cosac Naif, São Paulo, 2010.

LATOUR, B. **A Esperança de Pandora**. EDUSP, São Paulo, 2001.

SLAGLE, L. C. **Treinando Ajudantes para Pacientes com Deficiência Mental**. Revista CETO, Ano 8, nº 8, São Paulo, 2003.

BENETTON, J. **Revista CETO**, CETO, São Paulo, 1996 – 2011.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Forense Universitária, São Paulo, 2004.

Saúde mental: acompanhamentos terapêuticos, reabilitação psicossocial e clínica

Palestra apresentada no XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e IX Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional, 2011.

Sonia Ferrari

Gostaria de agradecer o convite que me foi feito pela comissão organizadora do XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e IX Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional para participar dessa mesa.

O tema dessa mesa suscita uma diversidade de questões - principalmente a respeito das polarizações existentes no campo da saúde mental entre as propostas da atenção psicossocial e as propostas da clínica.

Porém, penso em partir do pressuposto de que, na atualidade, após mais de trinta anos do advento da reforma psiquiátrica no Brasil, não faz sentido insistirmos nestas polarizações, mas faz sentido insistirmos no entendimento da necessidade de convergência entre essas diferentes propostas, sem criar antagonismos nem sobreposições. Considerando que são duas dimensões que, apesar de heterogêneas, não são opostas e precisam dialogar a caminho de uma concepção de clínica que deve estar sempre atrelada ao social, levando em conta também a dimensão social e política de suas ações.

Diferentes autores defendem a ideia da necessidade de articulação entre as vertentes da clínica e da saúde mental. Campos (*apud* CAMPOS e FURTADO, 2005, p.438) propõe uma clínica ampliada, que tem como característica o diálogo entre as duas perspectivas: a clínica - nos dizendo da existência de um sujeito no indivíduo que está no mundo, enquanto a saúde mental vem nos lembrar das determinações sociais, políticas e ideológicas que o envolvem neste mesmo mundo. Bezerra

(1999) ressalta o caráter concomitantemente ético, político e clínico de todo e qualquer ato realizado no âmbito da rede de cuidados em saúde mental. E acrescenta "toda clínica é social e toda política diz respeito à vida subjetiva de cada indivíduo". Já para Guerra e Generoso (2009), a reabilitação, articulada à construção das condições simbólicas, refere-se à possibilidade de construção de meios, de modos de vida, de invenções, de arranjos com o social – cujo estilo será dado por cada sujeito no caminho da sua construção subjetiva. Carvalho (*apud* CAMPOS E FURTADO, 2005, p.438) nos diz que a clínica e a saúde mental se complementam ao nos permitir distinguir e operar simultaneamente sobre a exclusão que resulta de processos *subjetivos* e também sobre procedimentos excludentes que passam pelo *contexto* do paciente, como a família, a escola, e vão até o manicômio e outras formas de intolerância social.

Chegando à Terapia Ocupacional, tomo como referência para a discussão destas questões o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) desenvolvido no CETO, que, comungando com todos esses pressupostos, também afirma que o exercer da clínica da Terapia Ocupacional tem como tarefa a busca da saúde mental, "através da construção ou ampliação de espaços virtuais de saúde apesar dos defeitos, descrenças, deficiências, doenças" (BENETTON, 1997). A partir disso, o MTOD entende que o sujeito alvo de nossas intervenções por um estado situacional pode estar temporariamente vivendo os efeitos de um contexto de exclusão. Complementando, essas questões serão ilustradas a partir de minha

experiência clínica no Instituto “A Casa”, instituição vocacionada também para a constante articulação entre a clínica e o social, por meio de nossas “oficinas de trabalho”.

Nós do Ceto fizemos nos últimos anos um esforço de resgate histórico da Terapia Ocupacional que, desde sua fundação no início do século XX com Eleanor Clark Slagle, criadora do programa “Treinamento de Hábitos”, tinha em si o signo da saúde, da criação de hábitos e espaços saudáveis principalmente para doentes mentais, tendo por objetivo a reinserção social.

O MTOD desenvolvido no Ceto, que se caracteriza por ter sido construído a partir da observação e investigação na clínica, ao resgatar o paradigma da Terapia Ocupacional com Slagle, propõe evolutivamente que nossas ações estejam voltadas para a construção de um lugar possível para um sujeito em particular no social. Isso se dá através da construção de espaços de saúde, da construção de cotidianos possíveis, em contraponto às propostas do “voltar a ser” ou das propostas normativas.

Para tal, nos sustentamos na concepção da relação triádica terapeuta-paciente-atividades, considerada por nós o núcleo central do MTOD.

Além disso, a antropologia médica, fazendo a diferenciação entre *disease* e *illness*, legitimou a possibilidade de trabalharmos com a experiência da doença (*illness*), ou seja, com o significado pessoal e cultural que é atribuído a mesma. Trabalhamos, portanto com a repercussão da doença no cotidiano do sujeito alvo de nossas intervenções.

O MTOD indica que, neste caminho de construção ou ampliação de atividades do cotidiano de nossos sujeitos-alvo, nos localizemos num constante movimento de mão dupla entre o individual e o social.

Propomos, portanto, uma clínica implicada com o

social. Assim, qualquer intervenção ética da clínica da Terapia Ocupacional deve levar em conta todos esses aspectos.

A Casa

No hospital-dia do Instituto A Casa, instituição onde exerço minha prática clínica, um de nossos maiores desafios sempre foi pensar quais ações seriam necessárias para viabilizarmos a inclusão social possível para nossos pacientes de uma forma crítica e criativa.

Lá nos dedicamos ao tratamento de psicóticos e neuróticos graves, à pesquisa e a formação de diferentes profissionais envolvidos nesta clínica. Estes se constituem como uma equipe interdisciplinar, que tem a psicanálise como teoria utilizada para a compreensão da subjetividade, portanto, a transferência como eixo ordenador da direção do tratamento e o trabalho com grupos enquanto dispositivo terapêutico de escolha, levando-se em conta a multiplicação de fenômenos e vivências que este propicia, a maior oferta transferencial e a potência terapêutica desse espaço criado.

O funcionamento interdisciplinar tem por condição o encontro constante com outros enquadres, clínicas, discursos e diferentes campos de conhecimento, fazendo com que cada membro da equipe seja convocado a transitar por outros territórios e ampliar suas fronteiras, abrindo mão, por vezes, de saberes pré-estabelecidos. Tudo isso com o objetivo de desenhar novas formas de intervenção que potencializem as ações terapêuticas.

Oferecemos um cotidiano institucional organizado em torno de grupos terapêuticos como os grupos de psicoterapia, os grupos de terapia ocupacional, a culinária, a assembleia, a rádio, o teatro, o grupo de projetos, o grupo dos homens, o grupo das mulheres, os grupos de saída.

A diversidade de linguagens e formas de intervenção oferecida nesses diferentes dispositivos grupais proporcionam lugares que podem ser utilizados pelos pacientes para expressão, vivência e significação de conteúdos, que se articulam na composição do que entendemos como necessário no tratamento desses pacientes.

Essa oferta grupal tem por objetivo a reorganização do psiquismo, a construção de um eixo ordenador que falta nesses pacientes e a ressignificação da história particular e subjetiva vivida por cada um.

Cabe lembrar que a efetividade desta oferta está assentada na organização grupal da instituição e isso é o que torna possível desenhar os diferentes dispositivos terapêuticos a partir da leitura das necessidades e da especificidade de cada momento institucional, determinado pela dinâmica de funcionamento de seus integrantes como um todo (HERNANDEZ, 2006, p. 224).

Cabe lembrar também que, a junção que propomos da referência psicanalítica e da clínica grupal está atravessada e incorpora o interesse pelo sócio-político-cultural.

No decorrer do tempo, constatamos que nossos pacientes em processo de inclusão social, e com indicação e desejo de fazê-lo por meio do trabalho, apresentavam muitas dificuldades em ingressar no mercado formal de trabalho, uma vez que este não está preparado para absorver e acolher suas singularidades subjetivas.

Como exigência ética para a abordagem desta questão, instituímos espaços de discussão, experimentação e aprendizado de contextos de trabalho com o objetivo de proporcionar oportunidades de (re) aproximação produtiva dos dispositivos sociais.

As Oficinas

Esses espaços foram denominados por nós de *oficinas de trabalho*. Cabe lembrar que o dispositivo oficinas no campo da saúde mental é largamente utilizado com múltiplos usos e sentidos.

Porém, escolhemos utilizar essa denominação apenas para o projeto de trabalho, numa tentativa de diferenciação dos grupos terapêuticos propriamente ditos. Isso não quer dizer que as *oficinas de trabalho* não sejam "terapêuticas" e que não as consideremos como dispositivos grupais. Para a construção da especificidade desta clínica, foi necessário fazer essa divisão estratégica para validar o esforço que tem que ser feito tanto pelos pacientes como pelos terapeutas das *oficinas* de modo a discriminar os diferentes lugares do tratamento.

Partimos da premissa de que, para abrir caminhos para a efetivação de alguma inclusão social possível pelo trabalho, é necessária a construção ou reconstrução de modos subjetivos de relação desses sujeitos com o social, particularmente com o mundo do trabalho.

Isso só se dá por meio da devida articulação das *oficinas* com os diferentes dispositivos de tratamento sustentadores desta vivência e, sobretudo, se essas experiências de trabalho vividas nas oficinas também estiverem sustentadas num campo transferencial.

A conduta clínica praticada em nosso projeto, portanto, se ancora na articulação entre o contexto de trabalho e o contexto clínico.

Por meio do olhar impregnado pela experiência clínica, com capacidade de discriminação e avaliação dos conteúdos psíquicos que atravessam o processo de apropriação do trabalho e o conhecimento da história de cada participante e da posição subjetiva que ocupam em suas relações com o mundo, os coordenadores-terapeutas das

oficinas realizam intervenções que propiciam o enfrentamento e a superação das dificuldades, validando as potencialidades e a construção de um lugar legítimo neste grupo de trabalho.

São intervenções que objetivam a sustentação do grupo, a continuidade do processo produtivo e o enfrentamento da fragmentação e do isolamento psicótico diante de tal tarefa. Os coordenadores tal qual os participantes também são trabalhadores, se implicam com o processo produtivo na busca de alguma horizontalidade, possibilitadora da apropriação do trabalho e da responsabilização por ele.

Ramos (2011), terapeuta de nossa equipe, problematizando a especificidade do lugar do terapeuta nas *oficinas de trabalho*, propõe o que chama de “três mandamentos” que devem direcionar nossas ações no cotidiano dessa clínica singular.

Diz que a confluência de funções (terapeuta-coordenador-trabalhador) faz com que o terapeuta das oficinas de trabalho se confronte com o que chama de “Paradigma Trabalho-Tratamento”, ou seja, o terapeuta das oficinas tem a tarefa de tomar para si as questões que envolvem a relação entre trabalho e tratamento, em busca de alguma resposta a este paradigma.

Além disso, tem a função de “Construir o sentido do trabalho para cada trabalhador”, tendo que construir para si um saber a respeito de sua existência enquanto trabalhador e realizando o mesmo junto aos outros trabalhadores.

E, por fim, acrescenta que mais um dos imperativos do terapeuta das *oficinas* é portar a “Permeabilidade Social”. Diz que o terapeuta por princípio está enlaçado com o social. Sua *oficina* tem de pertencer a algo maior do que a si mesma, tendo como tarefa cuidar das relações entre os trabalhadores, cuidando da transmissão e da introjeção do bônus e do ônus de seu trabalho.

Hoje, após 15 anos do início desse projeto, contamos com cinco oficinas: costura, bijuteria, marcenaria, o bar e a Banda Compulsão Sonora. E podemos constatar os resultados desse esforço conjunto.

Alguns dos participantes desse projeto retornaram aos seus trabalhos de origem, outros inventaram formas singulares de se relacionar com esse mundo do trabalho e, para outros, as oficinas de trabalho se configuraram como seu próprio lugar de inclusão.

Concluindo, trago aqui uma citação de Andréa Máris Campos Guerra (2004), estudiosa deste campo, que nos diz:

(...)A dimensão essencial das oficinas refere-se à articulação da dimensão sociopolítica com a dimensão subjetiva. Transformação subjetiva não se opera simplesmente pelo intercâmbio social, pela transformação do ocioso em trabalhador ou pelo indício da possibilidade de acúmulo de riquezas ou do exercício da cidadania. Não basta que se produzam objetos materiais circuláveis qualitativamente e vendáveis no mercado para que haja realmente algum deslocamento de posição quanto ao participante de uma oficina. Certamente as trocas através das relações intersubjetivas produzem efeitos, inclusive terapêuticos... porém, para que haja algum tipo de arranjo subjetivo com vistas ao enlaçamento social na psicose, é preciso que algo do sujeito, de seu *savoir faire* com o adoecimento psíquico, seja fisgado e transformado em atividade sobre um objeto qualquer, produzindo nele uma densidade simbólica(2004. p.55).

Referência Bibliográficas

BENETTON, M J. **Terapia Ocupacional: uma apresentação**. Obtido via internet www.jobenetton.pro.br, 1997.

BENETTON, M.J.. **O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados**. Revista CETO n.12, 2010

BEZERRA, B. Jr. **Prefácio** in VIEIRA, M. C. T., VINCENTIN, M. C. G., FERNANDES, M. I. A. **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo**, São Paulo, Cabral Editora Universitária, 1999.

CAMPOS, R. O, e FURTADO, J. P. , **A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, n. 1, p 109-122 , 2005.

FERRARI, S. M. L.. **Terapia Ocupacional: a clinica numa instituição em Saúde Mental**. Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar, 2006, vol 14 n.2.

GUERRA, A.M.C. **Oficinas em saude mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática in Oficinas terapêuticas em saude mental**. Rio de Janeiro, 2004, p.23-58 .

GUERRA, A, M. C. e GENEROSO, C, M.. **Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 714-730, dezembro 2009.

HERNANDEZ, A.M.F. **O campo grupal: notas para uma genealogia**. São Paulo, Martins Fontes, 2006. 230 p.

RAMOS, F. C. L. **Os três mandamentos do oficinairo**. Seminários teórico-clínicos Instituto “A Casa”, São Paulo, 2011.

O raciocínio clínico da Terapeuta Ocupacional ativa

Taís Quevedo Marcolino

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

Resumo

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

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

Abstract

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

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

Introdução

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

Uma primeira questão pode ser assim apresentada:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Raciocínio Diagnóstico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estes autores discutem os riscos e a vulnerabilidade

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

O Raciocínio Procedimental

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

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

Para o MTOD, não podemos seguir por este

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Raciocínio Associativo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Raciocínio Ético-Estético

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

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

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

Nesta direção, nosso raciocínio ético também

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

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

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

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

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

A história construída da relação triádica é

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

Considerações Finais

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

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

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

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

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

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

Referências Bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notas de rodapé

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

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

A transferência na constituição da relação triádica: relato clínico

Tatiane Ceccato

Resumo

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) considera a dinâmica da relação triádica, fundamental no processo de tratamento. É por meio da construção desta relação, dos procedimentos, técnicas e dos termos propostos por este método que chegamos à compreensão e intervenção dinâmica do processo vivido pelo sujeito alvo. O fenômeno transferencial, quando reconhecido pelo terapeuta, é parte dos procedimentos da terapia ocupacional. A partir desses pressupostos, o artigo se propõe a discutir, através da descrição de um caso clínico, como o reconhecimento da transferência no setting da terapia ocupacional pôde facilitar a realização de atividades e, conseqüentemente, ampliar e definir o cotidiano do sujeito. Para isso foram utilizadas sessões transcritas e anotações pessoais da terapeuta ocupacional.

Palavras-chave: Método Terapia Ocupacional Dinâmica – Relação Triádica – Transferência.

Abstract

The Dynamic Occupational Therapy Method considers the dynamics of the triadic relationship, fundamental in the process of treatment. It is by building this relationship, procedures, techniques, and terms proposed by this method that we can reach an understanding and a dynamic process of intervention lived by the target subject. The phenomenon known as transference by the therapist is part of the procedures of the occupational therapist. From these assumptions, the article purports to discuss through the description of a clinical case, as recognition of the transfer in the setting of how occupational therapy could facilitate activities and consequently enlarge and define the daily life of the subject. To do so, personal notes were used from sessions transcribed by the occupational therapist.

Keywords: Occupational Therapy Dynamics Method – Triadic Relation – Transfer.

Introdução

É a partir da terceira edição de “Trilhas Associativas” (2006), quando Benetton define sua construção teórico-prática como Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), que o conceito de dinâmica da relação triádica é estabelecido, conceito este que vai ser entendido como central no método.

São os três termos - terapeuta ocupacional, paciente e atividades - que constituem a relação triádica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Essa relação é sustentada num setting promotor da realização de atividades e que comporta tanto os três termos, como também os materiais, a sala e o ambiente externo, ou seja, o setting é construído na relação particular do terapeuta, paciente e atividades (Moraes, 2007) e contempla a observação dos fenômenos dessa relação dinâmica de ação e reação.

A construção da relação triádica pode se iniciar já no encaminhamento e com a composição de um diagnóstico situacional, mas é a partir do estreitamento da dinâmica entre os três termos e do reconhecimento da transferência que poderemos acumular atividades e informações durante o processo de realização das mesmas, que nos possibilitarão trilhar por associações, criando assim possibilidade de construção de narrativa.

Para que isso aconteça, o terapeuta deve desenvolver habilidades de observação clínica, de retenção de informações e uma memória associativa, sendo assim possível ligar as observações dos fatos que se repetem e se diferem na composição de narrativas por meio das atividades, além de favorecer a criação de um espaço que permita a participação do sujeito-alvo na análise dos acontecimentos durante o processo de terapia ocupacional.

É com estes pressupostos que descrevo um caso clínico, abordando o manejo do campo transferencial num processo de terapia ocupacional.

Considerações sobre o manejo da transferência no Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Ana foi-me encaminhada pelo psiquiatra que a acompanhava em tratamento juntamente com uma psicóloga. Na avaliação, como terapeuta ocupacional, me mantive numa postura investigativa, procurei saber do que gostava, o que fazia, como se relacionava com as pessoas e, principalmente, procurei observar e ficar atenta a atitudes, gestos e ações que me permitissem compor um quadro de sua situação no momento em que me procurou.

Ana chega sozinha ao consultório. É uma moça de pele clara, cabelos curtos, estatura baixa, magra, se veste de maneira bem formal, usa óculos e tem o aspecto fragilizado. Descreve-se como extremamente organizada com suas coisas, tem 29 anos, é solteira e arquiteta, embora estivesse trabalhando num hospital-escola como auxiliar do almoxarifado.

Tem uma irmã quatro anos mais velha, casada, que tem uma filha e que trabalha como analista de sistemas. Os pais são separados há dez anos. Ana mora com a mãe que é costureira e testemunha de Jeová. O pai trabalha como porteiro e mora com seus familiares.

Durante o período em que cursava a graduação, morava sozinha, trabalhava e conseguia se sustentar. Quando finalizou o curso, começou a ficar deprimida voltando a morar com a mãe. Diz que não se dá bem com seus pais e sua irmã e que eles não aceitam seu tratamento: “acham que é frescura e que gosto de jogar dinheiro fora”. Verbaliza isto dizendo ser insuportável o convívio com a mãe.

Quando pergunto sobre seu dia a dia, conta-me que se sente muito sozinha, não tem amigos, nem vontade de sair da cama, embora estivesse conseguindo se manter no trabalho. Diz que quando alguma coisa não sai como planeja, ou

quando está muito angustiada, se bate, se belisca, tira seu próprio sangue e o guarda em seringas em seu quarto. Verbaliza que às vezes faz isso para morrer, tenta tirar seu sangue até acabar; quando não, para se sentir aliviada. Embora não associe, me chama muita atenção tal atitude, já que a religião de sua mãe não permite doar ou receber sangue em hipótese alguma.

Peço que me conte uma dessas situações e descreve com muitos detalhes seu ritual referindo ter por volta de duzentas seringas guardadas. “Depois de o sangue coagular-se, gosto de observar as formas que surgem, delineando bonitos relevos. Em cada seringa forma um desenho diferente: alguns se parecem com um deserto, outros parecem ser um prédio no ponto mais alto, você sabe, é coisa de arquiteta” [sic].

Convido-a para conhecer o armário dos materiais da sala de atendimento. Ana mostra-se muito curiosa, mas quando sugiro que escolha algum deles para fazermos alguma atividade, recusa-se dizendo que tem vários materiais em casa e que poderá usá-los se tiver vontade.

Com estas primeiras informações colhidas sobre a organização de seu cotidiano - seus relacionamentos interpessoais, sua disponibilidade em experimentar ou não materiais e realizar atividades - que começo a compor o diagnóstico situacional de Ana.

No MTOD, este diagnóstico leva em consideração, além dos entendimentos sobre a condição física, psíquica, social e familiar do sujeito-alvo, a repercussão que tudo isso tem na vida do paciente.

Além disso, Benetton (2006) ressalta a importância da memória associativa da terapeuta ocupacional desde os primeiros contatos, pois será esta que permitirá reter informações e associá-las, instrumento precioso para a construção de um raciocínio clínico e na análise do sujeito durante todo o processo terapêutico.

No caso de Ana, observo que, por combinadas razões, ela se encontrava numa posição de exclusão de uma parte significativa de suas atividades. Interagia de forma insatisfatória com a família, com o trabalho, não tinha amigos nem perspectivas futuras.

Nos atendimentos que se seguem, embora continue recusando a realizar atividades, ainda que se mostre atenta e curiosa com a produção exposta na sala, traz alguns de seus materiais que tem em casa para deixar no consultório. Pergunto em que momento utilizava aqueles materiais no seu dia a dia e Ana me diz que durante o curso de arquitetura começou a gostar de pintar e desenhar.

Além disso, traz seu trabalho de conclusão do curso de graduação: um projeto de moradia num cortiço de São Paulo, que recebeu nota máxima e foi encaminhado para a Prefeitura. Quando estamos olhando o projeto, observo que Ana é muito cuidadosa com detalhes e caprichosa, ela falava com entusiasmo do que era capaz de fazer. Disse que a época da faculdade foi a melhor da sua vida, pois tinha amigos e namorado, além de trabalhar e conseguir se sustentar.

O que mais me chama atenção neste primeiro momento é a ambivalência de Ana em relação à realização de atividades: embora diga que não quer realizá-las, mostra-se atenta e curiosa com materiais e produções de outras pessoas, além de me trazer seu trabalho de conclusão de graduação. O que me faz pensar que, apesar de estar com dificuldades para concretizar projetos em sua vida, não foi sempre assim, houve momentos em que pôde produzir e ter um cotidiano mais saudável.

Quando falo do potencial que observo no trabalho da faculdade, Ana fica irritada dizendo que ele não serviu para nada, como ela também não serve, e que o único desejo que tinha era ser enterrada com ele. Tento nestes momentos acolhê-la tentando mostrar-lhe que naquele espaço poderíamos experimentar novos fazeres, sem precisar, deste

modo, ficar com seus projetos enquanto uma das únicas e últimas realizações de sua vida, restando-lhe apenas “ser enterrada com eles”. Tal acolhimento parece ir compondo um chão viabilizador de tentativas de experimentações.

Em outro atendimento, Ana chega contando-me que uma amiga a convidou para seu chá de bebê. Pergunto se já pensou no presente que levaria e ela me diz que seria um babador, me perguntando onde poderia comprá-lo. Digo que poderia fazê-lo naquele espaço e, para minha surpresa, aceita, escolhendo bordar em ponto-cruz.

Neste momento, a relação transferencial com caráter positivo estabelecida com a terapeuta possibilitou com que Ana entrasse de uma forma mais consistente no processo de realização de atividades junto com a mesma. Ela aprendeu com muita facilidade a técnica da atividade, mostrando-se bastante envolvida e, enquanto a realizava, começou a falar do seu desejo de ser mãe e de como tinha sido sua infância. Conta-me que sua mãe era muito rígida, não lhe permitindo brincar com meninos, nem comemorar seus aniversários, já que a religião não aprovava.

Por esse tempo, conta-me também que, aos quinze anos de idade sofreu um aborto espontâneo após engravidar do seu primeiro namorado, logo após os pais terem descoberto sobre sua gravidez, agredindo-a verbalmente, chamando-a de prostituta e que, anos depois, havia tentado tirar seu útero com uma agulha de tricô como forma de punição ao aborto.

No atendimento em que Ana finalizaria seu babador, chega mais irritada e entristecida, pega sua atividade, começa destruí-la com uma tesoura enquanto estou pegando outros materiais, gritando que está horrível e que não a dará de presente, voltando a verbalizar sobre o fato de não ter sido mãe.

Observo que, enquanto Ana faz esta atividade,

conta-me sobre sua história, talvez nunca contada. Fala principalmente da dificuldade de receber cuidados maternos e de seu projeto ‘abortado’ de ser mãe, como se também não lhe fosse possível exercer tal função, que culminou na destruição concreta do babador.

Após ficar um tempo em silêncio, aceita o suco que lhe ofereço e quando está mais tranquila, começa a dizer que está perdendo peso e com HPV (doença sexualmente transmissível); traz vários recortes de revistas e da internet sobre a doença, verbalizando seu medo de ir ao ginecologista já que tivera uma experiência ruim em sua última consulta. Diz que a médica a machucou e que tem medo de sentir dor novamente.

A relação triádica que foi sendo construída e sustentada por este setting que, segundo Benetton (1994), é promotor da realização de atividades e comporta tanto os três termos, como também os materiais, a sala, o ambiente externo e demais subjetividades construídas no ambiente terapêutico, me fez pensar na importância de estar ao lado de Ana neste momento de sofrimento, por isso ofereço-me para acompanhá-la à consulta médica. No hospital, mostra-se muito insegura e ansiosa, precisando do meu auxílio até para fazer sua ficha, perguntando-me o tempo todo como poderia falar com a médica.

Nos meses seguintes, enquanto está fazendo o tratamento ginecológico, frequentemente chega para os atendimentos com hematomas, abatida e cada vez mais emagrecida e, embora não diga, fica evidente que havia voltado a se machucar. No setting, escolhe mais duas atividades para iniciar - pintura em tela e bordado em ponto cruz -, mas também as destrói antes de finalizá-las, numa atitude impulsiva, porém com aparente alívio de sua angústia. Digo que compreendia toda a sua dificuldade e sofrimento naquele momento, mas que naquele espaço cuidaríamos das atividades, tentando não destruí-las, nem que ficassem

inacabadas, e que se não fosse possível para ela, eu o faria. Ana, embora não diga nada, parece que concorda.

Como nos sugere Benetton (1994), o setting da terapia ocupacional deve ser um local que possibilite o desenvolvimento de múltiplas atividades e, como em qualquer situação onde há realizações, comporta produtos acabados, inacabados, abandonados, destruídos, resgatados, trazidos de fora e muito mais, com a finalidade de receber quem lá está, da maneira que for possível. Isto, sustentado por uma terapeuta ativa e observadora de desejos e necessidades do paciente, que poderá trabalhar sobre uma transferência positiva.

A atividade seguinte, escolhida por Ana, é um trabalho de colagem feito com bolinhas de papel crepom, coloridas e cortadas, “como fazia no tempo do colégio”. Ana faz um desenho de porco-espinho e inicia a atividade que é realizada durante quatro meses, me incluindo para ajudá-la em uma das etapas.

Pela primeira vez compartilha uma atividade comigo, faz isso de uma forma bastante controladora, observando-me durante o tempo todo se fazia corretamente, já que havia uma maneira sistemática que ela elegera para executá-la. Durante este período, volta a falar sobre sua infância e os projetos que tem para sua vida. Diz sobre seu desejo de ser reconhecida como arquiteta e de se casar.

Imediatamente, faço uma associação entre a escolha de um desenho de porco-espinho, animal que reage ameaçando ou efetivamente espetando quem quer que se aproxime, em contraste com o desejo de ser reconhecida e se casar, isto é, deixar-se aproximar de alguém, movimento experimentado comigo de forma gradativa, ainda que se agredindo e a terapeuta e realizando recuos, conforme acima descrito. Ainda neste período, me pergunta se poderia levar a atividade para casa para fazer quando se sentisse sozinha.

É a partir da consolidação da relação triádica que Ana começa a se apropriar dos cuidados que lhe ofereço (ida ao médico, preservação de suas atividades no setting da t.o), permitindo que compartilhe com ela a realização de sua atividade e sua produção, inclusive conseguindo, algum tempo depois, transpor isto para seu cotidiano. Isto fica claro quando Ana me conta com bastante entusiasmo que conseguiu realizar a atividade em momentos de muita angústia em vez de tirar seu sangue. Também não consegue concluí-la, mas diferentemente das outras vezes, não as destrói. Passa a cuidar, além de suas atividades, de si mesma. Neste período, deixa de tirar seu próprio sangue para realizar algo prazeroso.

Começa num desses dias a pintar uma tela, volta a frequentar a casa do pai e da irmã aos finais de semana e sai do emprego para trabalhar numa clínica particular como secretária. Finaliza sua produção e pede para levar para casa. Conta-me depois que não conseguiu pendurá-la como havia programado, pois a mãe não permitia colocar pregos na parede, o que a fez ficar muito irritada e guardar a tela embaixo da sua cama.

Os atendimentos, no entanto, são interrompidos pelas minhas férias e quando retomo, Ana me conta que havia voltado a ter discussões com a mãe e que estava sem falar com ela, dizendo “que queria vê-la morta”, que estava insatisfeita com o novo emprego e que havia voltado a se machucar. Recusa-se novamente a realizar atividades e passa a questionar seu tratamento na terapia ocupacional, inclusive pedindo para parar.

Com isso, faço uma hipótese de que Ana, após vivenciar minhas férias como um possível abandono, ou seja, um movimento ativo de não estar com ela, começa a me agredir verbalmente num movimento destrutivo em relação a tudo o que havia conseguido até então, temendo ser abandonada ou rejeitada e “eriça seus espinhos e tenta espetá-los em mim”.

Após retomarmos nossos encontros, fica durante um mês sem realizar atividade numa postura hostil, desvalorizando-me o tempo todo, dizendo que odiava fazer aquilo, que estava lá obrigada, passando a ficar mais queixosa e desmotivada. Passa a trazer recortes de jornal com anúncios de garotas de programa, dizendo que este seria seu novo trabalho; começa a comprar botas e roupas extravagantes, levando-as para me mostrar. Traz por escrito sonhos com conteúdos agressivos de homens a violentando e estuprando e reportagens de violência, passando a me mostrar seus machucados feitos com alfinetes.

Faço uma associação sem comunicá-la, já que sinto que nossa relação ainda está fragilizada, de que, se antes utilizava as seringas com sangue para agredir sua mãe, testemunha de Jeová, agora tentava agredir-me com seus novos projetos como prostituir-se, colocar-se na posição passiva frente a homens sexualmente agressivos, voltando inclusive a se machucar.

Embora me sentisse muito irritada com a agressividade de Ana, pude perceber no campo transferencial, através da compreensão das manifestações emocionais, como estas interferiam no tratamento e como era importante que eu pudesse sustentar a relação triádica naquele momento do processo.

Associando este movimento transferencial com minhas férias, passo a conter sua agressividade proporcionando-lhe novamente um setting acolhedor que pudesse facilitar nossa permanência juntas.

Começo a levar sempre algo para comermos e bebermos, já que Ana constantemente queixava-se que a mãe não a deixava comer o que tinha vontade, ficando dias sem se alimentar. A partir daí, “comer juntas” passa a ser um momento muito prazeroso dos nossos encontros. Ana começa a trazer bolachas e leite e começamos a cozinhar. Penso neste momento que a transferência positiva

na relação triádica permitiu a manutenção de um ambiente favorável para o desenvolvimento de uma relação de ensino, aprendizagem e produção, como nos diz Benetton.

Considerando a dinâmica de realização de atividades na relação triádica até aquele momento do processo e a relação comigo, avalio como fundamental que façamos uma análise de seu percurso na terapia ocupacional, retomando todas as atividades realizadas na tentativa de uma ‘composição de uma trilha associativa num campo transferencial’.

Esta análise de atividades, segundo Benetton (2006), deve ser localizada como técnica terapêutica, e a forma de avaliar a evolução do paciente no seu tratamento através do MTOD, sendo este procedimento partilhado dinamicamente com o paciente. Isto se dá com a participação direta do indivíduo, tanto na associação entre as atividades, na avaliação do seu desempenho, como na narrativa desse processo. Para que isso ocorra, é fundamental que a relação triádica esteja estabelecida e que o terapeuta encontre o momento oportuno para solicitar a participação do paciente na sua própria análise de atividades. Os trabalhos até então realizados pelo sujeito-alvo são revistos juntamente com o terapeuta.

No caso de Ana, quando ela vê a atividade de colagem inacabada, diz que não se lembrava mais de como havia ficado e sorri, dizendo que isto só foi possível porque havíamos combinado em guardá-la, sem destruí-la, e que com a tela que levou para sua casa também tinha sido assim, colocou embaixo de sua cama no momento que ficou com raiva da mãe, conseguindo pendurá-la algum tempo depois em seu quarto.

Foi através da técnica “trilhas associativas” que Ana se deparou com a possibilidade de preservar suas produções dentro e fora do setting. Fala também de como tinha vontade de fazer outras

atividades, mas “como sabia que não daria certo ou não sairia como gostaria, preferia não se arriscar para não precisar sofrer”.

Digo que achava que lidar com as dificuldades daquele jeito, “não se arriscando”, me parecia mais sofrido ainda e muito solitário e que em nos nossos encontros não precisaria existir obrigações, exigências, apenas o desejo de estar lá.

Neste momento, incluo também junto com Ana as atividades de culinária, fundamentais neste processo e muito significativas na relação triádica. Ana concorda, me contando que havia começado a “inventar receitas de lanches” em sua casa nos finais de semana quando sua mãe não estava e pede para fazer um livro de receitas comigo.

Como nos diz Benetton (2006), “nas trilhas associativas, contamos histórias por associação entre atividades propostas e lembradas, comparando-as, analisando-as e a partir daí, construindo uma narrativa que possa constituir a história de uma relação singular numa terapia ocupacional que é única”.

A partir da criação de um espaço de historicidade favorecido pelas trilhas associativas ancoradas na materialidade de suas produções foi que Ana pôde se aproximar e dar sentido ao seu percurso na terapia ocupacional, além de sustentar sua melhora e seu tratamento por algum tempo, tendo a possibilidade de participar mais ativamente das escolhas de seus projetos e principalmente significando e transpondo para seu cotidiano experiências vividas no *setting*, o que possibilitou a experimentação de um novo modo de ser, fazer e estar no social.

A concretude das produções de Ana pôde, de certo modo, tornar ineficazes seus movimentos destrutivos, tentativas estas de apagar a sua história viva de sentidos, o que a fez apostar novamente na relação terapêutica, ainda que, em alguns momentos, tenha tentado destruí-la.

Considerações Finais

O fenômeno da transferência pode ser considerado parte dos procedimentos no Método Terapia Ocupacional Dinâmica durante o processo terapêutico, desde que a relação triádica esteja estabelecida e que haja por parte do terapeuta ocupacional o reconhecimento e compreensão para poder proceder no campo transferencial, e para que se possa avançar, limitar e indicar direções no transcurso da terapia.

O raciocínio clínico do terapeuta ocupacional permite, nas situações clínicas, a compreensão das manifestações destes fenômenos durante o processo de tratamento que nos permitirá pensar no manejo da transferência, por meio dos acontecimentos observados e vividos nos encontros. Esses acontecimentos são tanto ações concretas, tais como modos de fazer, dificuldades, possibilidades, comentários, etc. quanto os sentimentos da terapeuta e aqueles que são referidos pelo paciente de diversas formas.

Benetton (2006) assegura que, por um lado temos produções concretas por meio da realização de atividades no *setting*, e, por outro, podemos perceber os aspectos subjetivos existentes na relação triádica, sendo neste contexto que se proliferam as manifestações transferenciais, por isto a importância do terapeuta estar apto a fazer este reconhecimento.

O processo acima descrito, sustentado na dinâmica da relação triádica, fez com que a terapeuta ocupacional fizesse uso dos procedimentos do MTOD e da técnica das “trilhas associativas”, como técnica de análise de atividades, ajudando o sujeito-alvo a se apropriar de sua história, criando possibilidades de novas organizações em seu cotidiano.

Referências Bibliográficas

BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental.** Tese Doutorado UNICAMP. Campinas, UNICAMP, 1994.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: Ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional.** Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

CECCATO, T.L. **Conexões e sentidos: recorte de um processo de terapia ocupacional.** Revista CETO– nº 7. São Paulo: CETO - Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, p. 18-21, 2002.

FERRARI, S. M. L. **Análise de atividades.** Revista CETO nº 11. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, p.36-40, 2008.

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

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

A compreensão de saúde para o Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Viviane Santalucia Maximino

Elisabete Cipolla Petri

Augusta Oliveira Cesar de Carvalho

Resumo

Considerando que o objetivo principal do Método Terapia Ocupacional Dinâmica é a ampliação dos espaços de saúde no cotidiano dos sujeitos assistidos em terapia ocupacional, torna-se fundamental aprofundar e explicitar o conceito de saúde e definir uma posição do método com em relação ao mesmo. Defendemos o uso do conceito indicado por Canguilhem, que afirma que a saúde deve ser definida a partir da perspectiva do sujeito. Essa definição, além de filosófica e eticamente coerente, nos oferece um espaço técnico para operar os diversos procedimentos do processo terapêutico.

Palavras-chave: saúde, terapia ocupacional, epistemologia.

Abstract

Whereas the primary goal of Dynamic Occupational Therapy Method (Método Terapia Ocupacional Dinâmica) is to increase opportunities for health in the daily lives of individuals we serve, it is essential to deepen and clarify the concept of health and define one's position compared to the same method. We advocate the use of the vulgar concept indicated by Canguilhem, which states that health should be defined from the perspective of the person that we are taking care. This definition, as well as philosophically and ethically consistent, gives us space to operate the various technical procedures of the therapeutic process.

Keywords: health, occupational therapy, epistemology.

Introdução

O Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO) vem percorrendo um longo caminho de investigação teórica clínica até o desenvolvimento e consolidação do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Este método de assistência, ensino e pesquisa está em consonância com o paradigma da Terapia Ocupacional adotado em 1987/AOTA a partir dos pressupostos de Slagle:

(Sobre o novo paradigma) Slagle, em oposição ao paradigma médico, cria ao mesmo tempo a profissão e a técnica de treinamentos de hábitos, ambas calcadas em espaços de saúde ou saudáveis. O pressuposto original, da Medicina, de enfrentamento e/ou aplacamento de sintomas, passa a ser evolutivamente substituído pelos fundamentos do "fazer" para construir cotidianos, com a qualidade do "bem-estar", apesar de doenças, dificuldades ou deficiências. (Benetton, Ferrari e Tedesco, 2003).

O objetivo final da terapia ocupacional é a inserção social e, no MTO, este objetivo vai ser trilhado pela construção do cotidiano, por meio do fazer atividades. A inserção social pode ser construída por meio da relação singular de um indivíduo com aquilo que deseja ou precisa realizar em seu cotidiano.

Trata-se de construir ou recuperar a dignidade da experiência e da ação cotidiana. Dessa forma privilegiamos a saúde e particularmente a saúde mental, como gostamos de denominar na prática clínica, espaços saudáveis mentais, físicos e ou sociais, observados através das capacidades e habilidades. Esta é a premissa para o fazer e a construção do cotidiano. (Benetton, Ferrari e Tedesco, 2003).

Aprofundar o conceito de saúde e definir uma posição do método em relação ao mesmo torna-se fundamental, uma vez que a construção cotidiana é marcada pela ampliação dos espaços de saúde no cotidiano dos sujeitos-alvo.

Ao escolhermos definir e aprofundar o conceito de saúde no MTOD, vamos ao encontro de diversas outras questões que se avizinham a esse tema, pois para sermos coerentes, teremos que ancorar nossa discussão nos sujeitos-alvo e nas situações reais que tratamos e enfrentamos cotidianamente. O MTOD é construído a partir da realidade da clínica e da observação e reflexão dialogada com autores que nos ajudam a pensar. Falar de saúde será falar do sujeito-alvo de nossas intervenções e também da direção que orienta nossas ações. O esforço em esclarecer enunciados é justificado pelo fato destes estarem diretamente ligados às esferas não discursivas das práticas, orientando e ao mesmo tempo refletindo aspectos institucionais. Enunciados implicam em direcionamentos de políticas e intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos que atendemos (Caponi, 1997, p. 287).

Não se trata aqui de discutir a saúde como área de conhecimento ou de intervenção, mas sim algumas concepções de saúde, pretendendo indicar como, a partir da filosofia, Benetton, Ferrari e colaboradoras utilizam o conceito na construção do MTOD, elucidando a ideia da impossibilidade de uma definição a priori do que seja saúde, já que essa é sempre relativa ao sujeito em particular e as suas relações com a realidade.

Um passeio por diversas definições

Ao pensarmos em saúde, não podemos nos esquivar da ideia de doença, pois essa é a primeira

associação que fazemos: saúde como ausência de doença. Ambas apresentam-se entrelaçadas e, ao longo da história, encontramos diversas maneiras de compreender o que é a doença e quais são suas causas. Encontramos também um esforço enorme e utópico em acabar com a doença. A medicina científica ocidental foi construída sobre a ideia de identidade entre a existência de sintomas e, portanto de doença, e seu oposto, isto é, ausência de sintomas e saúde.

Também na história do uso da ocupação como terapia percebemos que, alguns projetos de trabalho e ocupação, como o de Meyer (1905), Simon (1972) e Schneider (1936), buscavam a supressão dos sintomas, "... consolidando uso da ocupação-trabalho como técnica médica." (Benetton, 2006, p. 28).

No MTOD preferimos buscar a gênese da Terapia Ocupacional em Slagle que, ao trabalhar com pessoas muito comprometidas, buscava atitudes ou condutas saudáveis que pudessem motivar novas ações em direção a hábitos balanceados, estando "... mais preocupada com a saúde, os hábitos saudáveis e uma relação salutar e, nisto, o seu projeto difere e muito dos autores médicos." (Benetton, 2006, p. 33).

A partir desta gênese escolhida e pensando nos sujeitos que atendemos, vemos que muitos deles nasceram com deficiências que não podem ser vistas como sintomas e sim como constituintes desse sujeito, que dificultam e/ou favorecem algumas possibilidades de vida. Assim, por exemplo, uma criança cega pode desenvolver habilidades que talvez não lhe fossem possíveis em outra situação. Outras questões podem ser colocadas: uma pessoa com uma doença crônica deve ser sempre considerada sem saúde? Sintomas são sempre prejudiciais e devem ser eliminados?

No MTOD, o sintoma é visto sempre em relação às possibilidades de vida e de inserção social, entrelaçado à construção do cotidiano.

O sintoma pode indicar ao sujeito que algo precisa mudar. Assim, alguém que tem enxaqueca após beber pode ampliar a consciência do que seu corpo aguenta e buscar estratégias de autocuidado, incluindo a dimensão da escolha e da autonomia. O sintoma pode ainda ser muito útil em determinadas situações trazendo ganhos secundários.

Outro movimento que incidiu sobre a noção de saúde e também na terapia ocupacional foi à psicanálise, que questiona a negatividade do sintoma indicando que esse é uma forma de saúde, pois são repetição e expressão que busca a possibilidade de elaboração dos conflitos psíquicos inconscientes. As concepções contemporâneas de subjetividade, que apontam para o entrelaçamento constante e dinâmico entre mundo interno e mundo externo, assim como a crítica ao reducionismo da psicanálise, entre outras, nos fizeram abandonar esse caminho, ainda que possamos, na compreensão do processo terapêutico em terapia ocupacional e da psicodinâmica do sujeito, usar algumas ferramentas oriundas da teoria psicanalítica.

A definição de saúde como bem estar biopsicossocial usada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1958 (Segre, Ferraz, 1997), apesar de trazer em si uma ampliação do conceito ao incluir aspectos psicológicos e sociais, é bastante genérica, subjetiva, utópica e estática. A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi proposta, tem sido criticada como irreal ultrapassada e unilateral. Essa questão foi extensamente discutida pelo

movimento sanitário brasileiro, que a politizou, e gerou a definição proclamada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, em que afirma que saúde é a possibilidade de acesso a situações que produzam saúde, isto é, acesso aos serviços, ao trabalho, à terra, etc. Aspectos importantes e indissociáveis, considerando-se a desigualdade social brasileira. No entanto, essa discussão parece apenas circunscrever o termo específico, mas não abordá-lo nem conceitualizá-lo. Também não responde ao sofrimento dos que têm acesso, mas não têm saúde.

Na literatura específica, saúde também está associada à qualidade de vida. Nesse sentido, aproxima-se da noção de bem estar e felicidade. O parâmetro está no sujeito e na sua própria avaliação. Inclui aspectos físicos, psicológicos e sociais e tem servido de balizador para a identificação do sucesso, ou não, de estratégias terapêuticas. É importante ressaltar que a avaliação que o sujeito faz de sua qualidade de vida está relacionada às suas referências e essas são produzidas socialmente. Assim, se a sociedade de consumo faz crer que a felicidade se consegue com determinado padrão de vida, ou se divulga alarmisticamente ameaças, isso influenciará o julgamento da qualidade de vida. (Seidl, Zannon, 2004). O parâmetro é basicamente estatístico e estático, pontual, não considerando o sujeito em sua dinâmica cotidiana e nas diversas camadas de significado possíveis na vida, aspectos valorizados por nós no processo em terapia ocupacional não sendo, portanto, adotado no MTOD.

Outros autores associam a noção de saúde à ideia de liberdade, sendo que liberdade deve ser compreendida como a possibilidade de escolher e agir no mundo e em seu destino pessoal. Nesse sentido, vem ligada ao prazer e ao sentido da

existência, e é bastante subjetiva, porém, o fato de trazer em si aspectos subjetivos não retira a ideia de construção social, pois sabemos que a subjetividade está em constante processo de produção. Para o MTOD, que objetiva a autonomia e a inserção social, a ideia de liberdade vem associada também às ideias de maturidade, de limites, possibilidades de escolhas e de assunção de riscos e responsabilidade. Liberdade, mas também noção de coletividade e relacionamento.

A medicina sanitária e as pesquisas epidemiológicas, estimuladas pela necessidade de contenção de custos das práticas nesse campo, têm investido na prevenção de doenças e na promoção da saúde. A ênfase está na mudança de hábitos, ou melhor, na prescrição de práticas bastante higienistas tais como controle de peso, a alimentação funcional, evitação de todo excesso e de todo risco. No MTOD, os chamados “hábitos saudáveis” serão construídos como aspectos constituintes do cotidiano e da vida, sendo vistos de maneira complexa e não apenas como condicionamento ou prescrição.

Outro aspecto importante que encontramos em muitas intervenções é a dimensão do controle através da excessiva indicação de exames preventivos periódicos, consumo de medicação e procedimentos. Esses individualizam e pessoalizam a responsabilidade pelo adoecimento criando em muitos a sensação de culpa e acirrando a tendência à individualidade e a uma postura narcisista e autocentrada. Poucos são os projetos baseados nessa tendência que escapam à normatização moralista, aos conselhos que nem sequer são seguidos pelos próprios profissionais e a uma desresponsabilização das equipes de saúde que argumentam que “já fizemos nossa parte, se a pessoa não quer seguir as nossas recomendações,

problema dela.” Vemos aqui como o campo dos discursos e das práticas em saúde está atravessado por relações de poder, relações econômicas e de manutenção da ordem social, que se expressam muitas vezes em práticas alheias aos sujeitos, suas vidas reais e suas necessidades.

Encontramos também em publicações atuais associações do conceito de saúde às ideias de Espinoza e Nietzsche que vão afirmar aspectos éticos, com consequências técnicas e políticas, tais como: saúde como resultado de bons encontros ou saúde como afirmação da vida. Nietzsche, por exemplo, que adota o vital como ponto de vista básico, relaciona medicina e filosofia mostrando a dimensão de amplitude que o termo saúde evoca ao entrever uma saúde que não busca a conservação, valores transcendentais ou morais, mas sim aquilo que pulsa. (Czeresnia, 2003, Vieira, 2000).

Explicitando o conceito no MTOD

A complexidade do conceito, que se afasta muito da ideia de que a saúde seria simplesmente o oposto da doença e essa seria um mal a ser extirpado, e a recoloca como uma situação dinâmica e inerente a vida, traz novas questões teóricas e técnicas que incidem na noção de saúde no MTOD. Encontramos em Canguillhen, 1990, uma reflexão útil que traremos a seguir.

Canguillhen, em 1943, mostra-nos como a ideia de sintoma é construída a partir de delimitações entre o normal e o patológico, criadas a partir da ideia de norma. A norma pode indicar tanto aquilo que é a maioria como aquilo que é o esperado para o humano em uma situação específica. Como aquilo que é o esperado muda conforme os valores de cada época mudam as normas e com

elas deslocam-se as fronteiras entre o normal e o patológico. Questiona assim o modelo biomédico positivista e cartesiano.

Quase 50 anos mais tarde, em 1990, retomando o próprio Descartes, que afirma que há uma parte do corpo humano vivo que é inacessível aos outros, e acessível apenas a seu titular, Canguilhem refere-se à saúde como questão filosófica. Em seu texto "La sante: concept vulgaire e question philosophique", o autor nos recordará que a filosofia é um conjunto de questões em que aquele que questiona é o mesmo em questão (Canguilhem, 1990 apud Caponi, 1997) e que, na medida em que todos nós compartilhamos aspectos humanos tais como a dor, o sofrimento e o silêncio da saúde¹, estamos imersos no próprio conceito, não podendo nos desvencilhar dele, com o risco de parcializá-lo e enrijecê-lo, afastando-nos do próprio fenômeno. Tomará, como ponto de partida, Kant que afirma que podemos nos sentir bem, porém nunca saberemos se estamos bem, sendo que a ausência da sensação de doença, não nos permite afirmar que estejamos bem. A saúde é um campo alheio ao saber objetivo, o que Canguilhem reitera dizendo, portanto, que não é possível uma ciência da saúde. O conceito de saúde é, portanto, um conceito vulgar e não científico. É um conceito que pode estar ao alcance de qualquer ser humano, não precisando ser iniciado para se referir a ele. (Caponi, 1997).

Caponi (1997) indica que, em diversas publicações científicas, não há o uso do termo saúde, ou não há uma definição para esse termo. O senso comum parece se negar a associar mecanicamente o mau funcionamento de órgãos à ausência de saúde, que geralmente está associada a prazer, a dor, capacidade e limitação.

Canguilhem (apud Caponi, 1997) indica que saúde

seria uma certa abertura ao risco: possibilidade de enfrentar situações novas com uma margem de tolerância ou segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio.

A partir das ideias desenvolvidas no livro "O normal e o patológico", afirma que o conceito de saúde deve conter as variações e anomalias existentes no humano e deverá ser suficientemente relativo para atender às particularidades daquilo que para uns e outros está contido na sua percepção de saúde e doença (Caponi, 1997). Isso significa recusar um conceito universal assim como negar-se a considerar a doença em termos de desvalor ou menos valor. A saúde pode ser vista como possibilidade de adoecer e recuperar-se, como um guia regulador das possibilidades de ação.

Quando um indivíduo começa a se sentir doente, a se dizer doente, a se comportar como doente, ele passou para um outro universo, ele tornou-se um outro homem. A relatividade do normal não deve de nenhuma maneira ser para o médico um estímulo a anular na confusão a distinção do normal e do patológico (...). Considerado em seu todo, um organismo e "outro" na doença e não o mesmo em dimensões reduzidas. (Canguilhem, 1990, p.165).

Portanto, só é possível pensar em saúde a partir da singularidade do sujeito que nos procura, de suas demandas e dificuldades, de suas possibilidades em lidar com os eventos da vida, os quais, muitas vezes, ele não escolheu.

Mantendo o rigor metodológico, afirmamos que saúde não pode ser definida a priori, mas sim e apenas a partir da definição leiga, ou seja, daquilo que cada sujeito identifica como saúde para si mesmo. Apenas dessa maneira poderemos ser fieis ao objetivo principal de nossa intervenção que é a manutenção da autonomia do sujeito. Esse objetivo está referido à ética que guia nossos

procedimentos e indica que a saúde é um caminho a ser construído **com** o sujeito, **a partir do que ele** considera saúde, ou ampliação dos espaços de saúde no seu cotidiano.

Retomando Benetton: “A herança de Slagle para mim está, sobretudo, no estudo e na procura da lógica interna de um método de terapia ocupacional, com base no conceito filosófico e leigo de saúde como “bem estar”. Assim sendo, os procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da ideia de que serão em parte exploração de aspectos saudáveis e por outra parte a ampliação de recursos para a construção do cotidiano.” (2006, p. 33).

Portanto, é apenas acompanhando o sujeito na identificação e na construção de suas necessidades, demandas e desejos que conseguiremos identificar a saúde de cada um. Essa ideia justifica diversos procedimentos do MTOD e guia toda a intervenção.

Por exemplo, no MTOD, o diagnóstico situacional não pretende definir objetivos a priori, baseados na indicação inicial ou nas características que definem aquele sujeito como pertencente a uma população alvo, mas sim manter a constante pesquisa, que é conduzida ao longo do processo, juntamente com o sujeito a partir do seu fazer com o terapeuta. Essa atitude é coerente com a ideia de que a alta ou o final do processo também seja determinada pelos sujeitos envolvidos e principalmente pelo paciente, quando ele indicar que atingiu a sua saúde (Benetton, 2006).

A própria definição do sujeito-alvo como alguém que tem desejo ou necessidade de fazer terapia ocupacional respeita essa ideia de saúde. Benetton (2006) caracteriza a doença como um tipo de necessidade de ajuda para pessoas cujo equilíbrio físico e/ou psíquico encontra-se prejudicado de alguma forma. Muitos dos sujeitos que atendemos

não têm demanda, não podem imaginar ter um futuro, um projeto e, por não saberem o que precisam, não tem o que pedir (Benetton, 2006). A construção da demanda faz parte do trabalho em terapia ocupacional. A relação que estabelecemos entre o conceito de saúde e autonomia está colocada na medida em que ambos colocam no sujeito a possibilidade de escolher caminhos considerando sua contingência e as consequências dessas escolhas.

Outros dois aspectos que também fazem parte da ética que nos orienta no MTOD seriam a dimensão estética, ou seja, a busca da potência e da possibilidade de criar sentidos para a vida e da arte do bem viver; e o direito ao acesso àquilo que está sendo produzido pela cultura humana, o que implica em inserção e participação social.

No que é ético na terapia ocupacional, também está o estético: levar ao “fazer” como um projeto para o “ser”, numa relação “ética-estética” de construção no meio em que se vive” (Benetton, 2006, p. 23), de organizar e fazer um cotidiano que tem significado.

E ainda, “Por fim, o objetivo final da terapia ocupacional, a inserção social, tornou-se definitivamente mediada pela construção do cotidiano, através do fazer atividades.” (Benetton, 2006, p.61).

O conceito de saúde como algo que é construído com o sujeito que atendemos, a partir do processo e da pesquisa clínica, sustenta os procedimentos no MTOD e opera como guia para nossas intervenções.

O MTOD se baseia nas observações e investigações da clínica. Clínica esta que se fundamenta no “fazer” para construir cotidianos possíveis e saudáveis apesar de doenças, dificuldades ou deficiências.

Referências Bibliográficas

BENETTON, J. **Trilhas Associativas, Ampliando subsídios metodológicos a clínica da Terapia Ocupacional**, 3. Ed. revisada, Unisaesiano, Centro Universitário Católico Auxilium, Campinas, 2006.

BENETTON, J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. **Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional**. Revista do CETO, 2003, 8: 27-40, São Paulo.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**, Ed. Forense, 6. Edição, 2006.

CAPONI, S. GEORGES CANGUILHEM. **Y el estatuto epistemológico del concepto de salud**, História, Ciências, Saúde – Manguinhos, IV (2): 287-307, jul-out, 1997.

CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexos, tendências**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2003, p.39 -53

MARCOLINO, T. Q. **Sobre reabilitar o que não se reabilita**. Revista do CETO, 2003; 8: 54 - 58 São Paulo.

SEGRE, M. E FERRAZ FLÁVIO CARVALHO FERRAZ. **O conceito de saúde**, Rev. Saúde Pública, vol. 31 no. 5 São Paulo Oct. (1997)

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**, Cad. Saúde Pública, vol. 20, n. 2, Rio de Janeiro, mar/apr: 2004.

VIEIRA, M.C.A. **O desafio da grande saúde em Nietzsche**, Rio de Janeiro, 7 letras, 2000.

Notas de rodapé

(1) O termo “silêncio da saúde” diz respeito ao fato de não nos lembrarmos desse aspecto quando estamos bem, apenas quando há o barulho da dor ou desconforto.

Erros, acertos e consertos em um atendimento infantil

Camila Camargo Santarosa

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar reflexões sobre o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) por meio do caso clínico de uma criança. Partindo da problemática da distância entre a teoria e a prática, os primeiros encontros são descritos e comentados a fim de identificarmos onde estes dois elementos se aproximam ou se distanciam tendo como base os pressupostos e conceitos aprendidos durante a formação clínica no MTOD no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO).

Palavras-chave: Método Terapia Ocupacional Dinâmica, clínica da infância.

Abstract

This article aims to present reflections on the Dynamic Occupational Therapy Method (DOTM) through an occupational therapy treatment of a child. Starting from the problem of distance between theory and practice, the first encounters are described and discussed in order to identify where these two elements are close or apart from each other, based on the assumptions and concepts learned during the course in the Methods Occupational Therapy Specialty Center (OTSC).

Keywords: Dynamic Occupational Therapy Method, childhood clinical.

Este artigo é resultante de um caso supervisionado durante a última disciplina da formação clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO). Entre diversas discussões de caso que tivemos durante as aulas, uma das tarefas das alunas era descrever o primeiro encontro de um atendimento para levantarmos algumas discussões sobre o olhar da terapia ocupacional com base no MTOD. A seguir, podíamos dar continuidade descrevendo os encontros subsequentes.

Quando parei para escrever sobre os encontros, e reli cada um, já fiquei imaginando quantas broncas levaria na supervisão! É difícil juntar a teoria à prática, ou até identificar o momento de tomar essa ou aquela decisão. Lembrei-me da época de estágio, quando me disseram que iria atender pela primeira vez uma criança com paralisia cerebral. Já havia lido muito sobre o assunto. Diziam que tínhamos que colocar os pacientes em algumas posições adequadas, “quebrar o padrão patológico”, acho que se lembram disso. Sabia o que fazer. Mas em nenhum livro e nenhum professor havia me contado que, para “quebrar o padrão patológico”, eu teria a sensação de “quebrar a criança” ao meio. Não sabia qual deveria ser a força necessária e permitida para que fizesse um bom atendimento. O que estou querendo dizer é que há uma distância considerável entre teoria e prática. É preciso desenvolver um olhar crítico e apurado. E, além de tudo, lembrar que há outros fatores que interferem na nossa prática: a dinâmica da instituição, nossos medos, ansiedades, cobranças, entre outros.

A proposta desde trabalho é mostrar o processo de mudança no decorrer dos atendimentos, na forma de olhar para nosso paciente e na maneira de pensar a relação, tendo como guia o Método Terapia Ocupacional Dinâmica nas supervisões de caso clínico.

A escolha do caso...

Quando escolhi este caso para levar à supervisão, o meu objetivo era justamente dividir minha angústia por não saber como construir a relação com uma criança de dois anos de idade, que trazia consigo questões comportamentais, além do déficit físico, motivo do encaminhamento para a Terapia Ocupacional. Tenho observado que em muitas instituições há uma divisão: locais para realizar tratamentos da área física - aos profissionais não compete entrar na área da saúde mental; e aqueles específicos para problemas de comportamento, em que não se deve ater a questões físicas. Existem brigas constantes de “empurra-empurra” entre estes serviços de saúde. E quando a criança necessita de ambos os tratamentos? Fica com quem? Eu, contratada como terapeuta ocupacional da área física, serei cobrada, por exemplo, pela melhora da mão de minha paciente. Não me compete tratar questões relacionadas a comportamento?

Uma das primeiras lições que aprendemos no MTOD, é que este está inserido em um paradigma diferente do que geralmente estamos acostumados a vivenciar em clínicas e hospitais: o paradigma médico, aquele centrado na doença. O MTOD nasce dentro do paradigma da própria Terapia Ocupacional, centrado na saúde e nas capacidades do indivíduo. Desta forma, aprendi que é impossível segmentar o ser humano. Olhamos para ele como é: inteiro, onde uma coisa se relaciona a outra, onde um fato ou ação vai gerar comportamentos e sentimentos. Portanto,

dentro deste paradigma, não consigo pensar apenas na mão de minha paciente, que apresenta dificuldade para realizar os movimentos, e sim na relação que ela tem com seu corpo, sua forma de brincar e interagir com o mundo.

Mesmo sabendo disso, acabei escolhendo alguns caminhos que não condizem com os pressupostos aprendidos no curso e vou dividi-los para, juntos, refletirmos numa prática mais coerente com os princípios teóricos que carregamos, além de identificar a origem desses erros para eliminarmos ou, ao menos, tentarmos um caminho terapêutico e/ou educacional. Para fazer esta proposta, irei transcrever as frases enumeradas durante a descrição dos atendimentos e comentá-las, baseando-me nas discussões realizadas durante as supervisões no CETO e nas leituras realizadas durante esses anos de curso.

O primeiro encontro...

16/02/2011

O primeiro encontro com E. deu-se na sala de espera da instituição. E. veio com a mãe e o que mais me chamou atenção nela foram seus olhos grandes, verdes. Uma criança muito bonita.

Andou até a sala da terapia ocupacional de mãos dadas com a mãe. Reparo na sua maneira de andar, apoiando-se mais em sua perna direita, enquanto arrasta a esquerda. O braço e a mão esquerda permanecem junto ao corpo, fletidos.

Converso com a criança, cumprimento, me apresento, dizendo meu nome e a convido para brincar. E. olha para mim e sorri. Sentadas no tablado, a criança, a mãe e eu, ofereço um brinquedo (uma casinha com peças para encaixar). Novamente sorri, mostra o brinquedo para a mãe, começa a brincar, usando somente o braço e a mão direita. Coloco então o brinquedo

do lado esquerdo de seu corpo, na tentativa de descobrir se, diante de um obstáculo, usaria seu braço esquerdo. E. vira-se para pegar o brinquedo com a mão direita. *Então, discretamente, seguro sua mão (direita), pensando em “avaliar a função” de sua mão esquerda.* (1) E. começa a chorar, gritar e se bater no rosto com sua mão direita. Afasto-me um pouco de E. e pergunto à mãe se ela costuma ter esse comportamento com frequência. A mãe diz que sim, sempre que é contrariada. Pergunto, então, se ela e o marido costumam realizar todas as vontades de E. Responde que não, porém, quando E. começa a se bater, acaba fazendo o que ela quer. Explico que, ao reagir desta maneira, estará reforçando o comportamento da filha, a idéia de que se começar a se bater conseguirá tudo o que quer.

Pergunto à mãe se sabe o porquê de E. ter sido encaminhada para a terapia ocupacional. Conta que a médica disse que era para melhorar a mão de sua filha. Digo que está certa, que a terapia ocupacional irá auxiliar E. a brincar de uma forma que ela aprenda e se desenvolva, porém, *acrescento que precisaria de sua ajuda em casa, seguindo as orientações dadas* (2). Concorda.

A primeira recomendação que dou é com relação ao comportamento auto-agressivo de E. Oriento a não realizar todas as suas vontades pelo fato dela se bater; repreender este comportamento e elogiar quando fizer algo positivo.

(1) *Então, discretamente, seguro esta sua mão (direita), pensando em “avaliar a função” de sua mão esquerda.*

○ que há de errado nesta frase? Só para relembrar, a minha proposta para E. quando a chamei na sala de terapia ocupacional era brincar. A maneira que E. consegue brincar diante de sua dificuldade em movimentar o lado esquerdo de seu corpo é usando o lado direito. ○ que fiz? A impedi de realizar a proposta que eu havia feito. Sempre

devemos ser honestos com nossos pacientes (ética) e, neste caso, ainda há o agravante de ser o primeiro encontro, importante para começarmos a construir uma relação que deve ser de confiança.

○ brincar é o instrumento ATIVIDADES da terapia ocupacional na clínica infantil, uma vez que essa atividade é constituinte e inerente ao processo de desenvolvimento da criança e permeia todo seu cotidiano (PELLEGRINI, 2008).

Segundo Benetton (1994), o paciente é aquele que tem uma necessidade ou vontade de fazer terapia ocupacional. A população-alvo é constituída daqueles que necessitam de terapia ocupacional e, na maioria das vezes, são reconhecidos pelo que não fazem. A população-alvo dessa clínica é a criança que apresenta alguma impossibilidade para brincar, e nossa investigação se concentra nos motivos pelos quais essa criança não brinca, seja por algum motivo de sofrimento, limitação (na exploração do ambiente e objetos), por não conseguir se expressar verbalmente (e não ser compreendida), ou ainda por vivenciar um cotidiano muito isolado e restrito ou repleto de atividades relacionadas apenas à sua doença (PELLEGRINI, 2008). E. foi encaminhada pelo que não conseguia fazer com sua mão esquerda. Seu prontuário chegou com um bilhete da médica neuropediatra pedindo para que eu olhasse sua mão.

Neste momento, creio que entram em jogo as particularidades do ambiente de trabalho e até nossas. Por conta daquele pedido senti-me cobrada, ou tendenciosamente obrigada a seguir o que havia sido pedido e, posteriormente, seria cobrado: olhar a mão de E. Olhando a mão de E., e não a criança em suas relações, me distanciei do MTOD.

(2) *acrescento que precisaria de sua ajuda em casa, seguindo as orientações dadas.*

O primeiro encontro é um momento importante, principalmente para acolher tanto a criança quanto a mãe. Creio que me precipitei em solicitar sua ajuda tão cedo, por mais importante que fosse. A terapeuta ocupacional deve ouvir, mais do que falar, estar atenta aos detalhes, ser uma boa observadora e ouvinte. Isso faz parte do diagnóstico situacional. Segundo Benetton (2006), o diagnóstico consiste na descrição e análise das condições sócio-emocionais as quais o sujeito apresenta nos primeiros encontros. Deve ser feito durante todo o processo. De início, ele é realizado através das observações da terapeuta sobre como, por que, o que e quando o paciente realiza as atividades, entre muitos outros aspectos aos quais devemos estar atentas, pois é a memória associativa da terapeuta ocupacional que permite reter informações e associá-las - instrumento precioso da análise do sujeito. Depois, ajudando a compor o diagnóstico, podemos obter outras informações: do diagnóstico médico, 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 tiveram contato com o paciente (ex: professores).

2º encontro...

02/03/2011

Encontro com E. junto com sua mãe na sala de espera. Cumprimento às duas. Convido-as para ir à sala de terapia ocupacional. Sentadas no tablado, a criança e eu, ofereço um brinquedo, *começo a pegar em sua mão esquerda, com a intenção de avaliar melhor, alongar, trabalhar a parte física. E. não aceita qualquer intervenção ou regra. Se joga, belisca, se bate. Seguro E. abraçando-a* (3), pensando em oferecer estímulo proprioceptivo para acalmá-la, além de música,

porém nada funciona. Encaminho a mãe para a psicologia, conforme orientação recebida em reunião de equipe.

(3) começo a pegar em sua mão esquerda, com a intenção de avaliar melhor, alongar, trabalhar a parte física. E. não aceita qualquer intervenção ou regra. Se joga, belisca, se bate. Seguro E. abraçando-a

No segundo encontro, após 15 dias, a sala de terapia ocupacional ainda é um ambiente desconhecido para uma criança de dois anos. A terapeuta ocupacional deve ter o que chamamos de empatia, ou seja, se colocar no lugar de seu paciente. Pensando assim, podemos imaginar que, uma criança, quando entra numa sala cheia de brinquedos e cores, quer conhecer, tocar, pegar, brincar... A última coisa que deseja é que alguém a segure ou mexa onde a incomoda, impedindo-a de conhecer o ambiente à sua maneira. Estabelecer uma relação, uma transferência positiva com seu paciente deve ser a primeira meta em qualquer área de atendimento.

4º encontro...

30/03/2011

Vou ao encontro de E. e sua mãe na sala de espera e as levo até a sala da terapia ocupacional. Enquanto a mãe permanece na sala, a criança brinca, porém começa a chorar assim que recebe o primeiro não. Usa as duas mãos ao mexer na caixa de giz de cera. *Tento chegar perto de sua mão esquerda* (5), porém E. não permite. Quando a mãe sai para ir ao banheiro, E. começa a chorar e empurrar os brinquedos. A mãe retorna, continua chorando, puxa a mão da mãe em direção à porta. Remarco então a data do retorno e me despeço.

(5) Tento chegar perto de sua mão esquerda

Esqueço-me que a sensibilidade deste lado é diferente. Poderia ter aproveitado este momento para observar mais a criança, como ela se relaciona comigo, com a mãe e com os objetos. Esta é a forma que E. tem para se comunicar neste primeiro momento, principalmente porque não fala. O caráter de comunicação está contido no significado estabelecido na dinâmica de ação e reação dentro da relação triádica. Sem contar a história, a associação ou mesmo a demonstração de sentimentos, uma atividade ou ação podem vir a tornar-se um instrumento de comunicação, na medida em que apresenta essa particularidade.

Ainda sobre a atividade como possibilidade de comunicação, Jô Benetton recomenda levarmos em conta, além do que podemos perceber da história, alguma indicação dada pelo próprio paciente sobre como ele significa ou constrói um novo significado para uma atividade.

5º encontro...

13/04/2011

Como a minha sala estava sendo pintada, chamo E. e a *levo para a sala de fisioterapia* (6). Neste local há dois tablados. Enquanto fico com E. em um, a fisioterapeuta atende outra criança acompanhada de sua mãe em outro. E. estava chorosa, independente se tocada ou não. *Enquanto mexe nos brinquedos realizo massagem e alongamento em seu braço e mão esquerda* (7). Se bate, puxa o cabelo e até me morde, além de rejeitar os brinquedos, empurrando-os, atirando-os ao chão.

(6) *levo para a sala de fisioterapia*

Neste momento não posso dizer que agi errado, pois muitas vezes temos que lidar com diversas limitações impostas pela instituição ou por alguma intercorrência de qualquer ordem. O fato da sala

de terapia ocupacional estar sendo pintada me impediu de atendê-la neste local, por isso me dirigi à sala da fisioterapeuta, porém vi aqui uma oportunidade para discutir a importância do *setting terapêutico* e como deve estar organizada a sala de terapia ocupacional.

A sala preferivelmente deve estar organizada, com diversos materiais à disposição e de fácil acesso. Deve também se encaixar à clientela atendida, por exemplo, se eu atendo crianças, seria interessante a sala ter uma decoração atrativa para crianças, com cores, brinquedos, etc. Acima de tudo, a sala de terapia ocupacional deve ser um espaço acolhedor, um espaço para receber.

(7) *Enquanto mexe nos brinquedos realizo massagem e alongamento em seu braço e mão esquerda.*

Neste momento afasto-me do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. E depois fiquei pensando o motivo de ter agido dessa forma. Creio que o fato de estar sendo observada por outras pessoas, com um modo diferente de olhar, o medo de ser julgada, "forçou-me" a atender nos padrões utilizados por outros colegas. O MTOD tem uma maneira bastante particular de olhar o paciente e de atender também. Sinto que, ao usar o MTOD, o atendimento fica mais livre, solto, tanto para o paciente quanto para o terapeuta. Ele possibilita um espaço necessário para que este paciente se faça conhecer, da maneira que escolher (modo como observa a sala ao entrar, a escolha de uma atividade, quanto tempo para iniciá-la e mostra sua maneira de realizar atividades, etc.). Tudo isso, juntamente com informações obtidas de prontuário, outros profissionais e familiares, e que compõem o diagnóstico situacional, irão auxiliar na construção de uma relação e de um plano de tratamento efetivo.

Após a supervisão**7º encontro...****11/05/2011**

Chamo E. e sua mãe na sala de espera. Na sala da terapia ocupacional deixo E. livre. Ela sobe no tablado sem ajuda e começa a mexer nos brinquedos que havia deixado à disposição. Pega os brinquedos, coloca alguns na boca e joga a maioria no tablado, no chão e em sua mãe. Sorri poucas vezes quando tento chamar sua atenção brincando com o mesmo brinquedo, dançando, cantando e fazendo cócegas em sua barriga, ou quando consegue abrir a caneta. Percebo que está mantendo sua mão esquerda mais aberta, pegando objetos com ambas as mãos. Como não deixa que eu chegue perto, oriento a mãe a fazer com que E. olhe para sua mão esquerda, leve sua atenção e sinta o lado esquerdo de seu corpo por meio de brincadeiras como contar os dedinhos e aproveitando também o banho para passar diferentes texturas no corpo, iniciando sempre pelo lado direito. No final do atendimento, converso com E., digo que estou lá para brincar com ela, a elogio, brinco. Ela sorri, toca meu rosto, então abro a porta, me despeço e E. sorri novamente.

Na descrição deste encontro, quero chamar a atenção para a minha relação com E. Como já foi descrito, a relação triádica é constituída dos termos: terapeuta ocupacional, paciente e atividades. Ela acontece num *setting* que contempla a observação dos fenômenos dessa relação na dinâmica de ação e reação (MORAES, 2008). Quando permito que E. brinque à sua maneira, consigo utilizar as atividades como instrumento, que tem por objetivos, dentre eles: a observação, a informação, a análise, a educação, o tratamento, a composição de histórias e a inclusão social. Para isso, as atividades são vindas e significadas na e pela relação triádica. E a relação, por sua vez, é sustentada no e pelo fazer atividades.

8º encontro...**25/05/2011**

Encontro E. com sua mãe e sua irmã de seis meses de idade na sala de espera. Chamo-as para a sala de terapia ocupacional. E. vai chorando todo o caminho, relutando, não querendo ir. Deixo E. livre na sala para escolher com o que quer brincar, porém não cessa o choro e atira os brinquedos. Interessa-se por canetas, então deixo pegar a que estava no meu bolso e ofereço papel. E. começa a rabiscar. Ao riscar o tablado e furá-lo, é impedida por sua mãe dizendo que não pode e então começa a puxar seu cabelo, gritar, chorar, se bater. Mantém seu pouco uso da mão esquerda restrito a quando sente necessidade, realizando o movimento com dificuldade. Mãe conta que E. está reclamando quando, ao alongar, realiza extensão de punho. Oriento não forçar e perguntar ao médico se há algum motivo para reclamar desse movimento, já que o fazia anteriormente. Mãe conta que em consulta com a neurologista houve uma troca na medicação e, se E. manter freqüente esses comportamentos auto-agressivos poderá aumentar um pouco a dosagem. E. pega em minha mão e leva em direção à porta. Pergunto se ela quer que eu abra para ir embora. Ela aponta a porta novamente. Então marco o retorno no cartão e abro a porta. Vai embora chorando, puxando a mãe.

Saliento neste momento o respeito pela vontade e limite da criança. Segundo Pellegrini (2008), a terapeuta ocupacional deverá ser ativa, estar disponível para brincar e possibilitar momentos e situações de brincadeiras prazerosas que irão se constituir em marcas significativas provocando mudanças e transformações.

Sustentado na dinâmica da relação triádica, o terapeuta ocupacional faz uso dos procedimentos embasados no MTOD e nas trilhas associativas,

como técnica de análise de atividades, ajudando a tecer os fios que enredam e se desenredam em outros, fazendo com que o sujeito-alvo se aproprie de sua própria história, criando possibilidades de novas organizações em seu cotidiano, caminhando em direção ao social (FERRARI, 2008).

Conclusão

Apesar da distância que há entre prática e teoria, causada por diferentes fatores que pudemos observar durante a descrição do caso apresentado, ao ter como guia o Método Terapia Ocupacional Dinâmica, sua leitura com relação às atividades e a relação triádica, consegui redirecionar os atendimentos para a dinâmica da minha relação com E. Olhar para esta relação em vez de olhar apenas para a sua mão “problema” me levou para mais perto de minha paciente, permitindo que se atingissem os objetivos da ação da terapia ocupacional utilizando atividades como instrumento: investigar, tratar e inserir socialmente por meio da experiência do fazer. À essa função terapêutica, deve ser incluída a função educativa contida no ensino e aprendizagem das atividades, que serão lidas não apenas como simbólicas, mas, principalmente, como parte do sujeito no mundo.

Muitas vezes é difícil mudarmos nosso paradigma, principalmente porque, geralmente, nos acostumamos ao paradigma médico desde a graduação. Mais tarde nos deparamos novamente com ele nas instituições em que trabalhamos e na convivência e troca de conhecimentos com colegas de trabalho. Convivemos bastante também com o paradigma da reabilitação, que seria o “voltar a ser”. Entendo que ninguém volta a ser o que era. Qualquer experiência pela qual passamos, seja ela boa ou ruim, nos torna diferentes. Mudamos a forma de enxergar as coisas, maneira de

viver e, muitas vezes também a maneira de nos locomover, comunicar e fazer. Somos dinâmicos, estamos em constante mudança. E mudar a forma de pensar é um desafio, portanto, como em todo desafio, estamos sujeitos a erros, acertos e concertos. Levo dessa experiência de mudança, partindo de um paradigma centrado na doença para um paradigma centrado na saúde e nas possibilidades, uma forma diferente de ver um copo com água pela metade. Com um olhar baseado no paradigma da terapia ocupacional, passei a enxergar um copo meio cheio e, nosso papel, como terapeutas ocupacionais, é sempre conseguir perceber as possibilidades do nosso paciente, o que ele é capaz de fazer para, a partir daí, construirmos uma clínica centrada nas necessidades da criança e sua família, trilhando com eles um caminho de conquistas e novos desafios.

Referências Bibliográficas

BENETTON, M. J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: Ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional**. Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

FERRARI, S. M. L. **Análise de atividades**. Revista CETO nº 11. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2008.

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

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

PELLEGRINI, A. C. **Brincar é atividade?** Revista CETO nº 11. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2008.

Brincar é coisa séria

Maria Cristina Coelho

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir a ação educativa contida no ensino e aprendizagem das atividades da terapia ocupacional na clínica infantil. Por meio de um relato de caso, o brincar, instrumento da terapia ocupacional na prática infantil e o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) são utilizados para fundamentação do caso clínico.

Palavras-chave: Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD); ação educativa; brincar; terapia ocupacional.

Abstract

This article aims to discuss the educational action that exists in teaching and learning activities in the clinical practice of occupational therapy for children. Starting from a clinical report, playing, occupational therapy's instrument in the clinical practice with children and the Dynamic Occupational Therapy Method are used to substantiate the clinical report.

Keywords: Dynamic Occupational Therapy Method; educational action; to play; occupational therapy.

MTOD e a Terapia Ocupacional na Clínica Infantil

Segundo o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), o sujeito alvo da terapia ocupacional é aquele que tem dificuldades em organizar e fazer funcionar seu cotidiano por razões diversas e variadas, o que resulta numa experiência de vida limitada e exclusão social significativa. Sendo as atividades o instrumento da terapia ocupacional e definidas por Benneton (2006) como “o terceiro termo de uma relação, que ocorre a partir do pressuposto de que existe um terapeuta ocupacional, e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar pra fazer terapia ocupacional.” Além disso, segundo Pellegrini (2008), é no processo de realização de atividades que o sujeito alvo, com a terapeuta ocupacional, começará a significar suas experiências, compondo um espaço de historicidade e de construção de um cotidiano saudável, ocasionando sua inserção social, objetivo final da intervenção em terapia ocupacional.

As atividades são utilizadas pela Terapia Ocupacional para serem vivenciadas como experiências criativas para pessoas que deixaram ou sempre tiveram dificuldades de fazer suas atividades deste modo, portanto, pessoal e saudável (Takatori, 2010). Para complementar, Benneton afirma sobre a realização de atividades: “a relação de ensinar, aprender, construir, inventar, criar, propiciada no fazer partilhado, abre espaço para a ocorrência de uma experiência individual

prazerosa, onde fatos da vida são vivenciados de forma diferente”.

Quando lidamos com o público infantil o instrumento utilizado pelo terapeuta ocupacional é o brincar, atividade que permeia o cotidiano da criança. A criança alvo de nossas ações é aquela que, por alguma limitação e/ou sofrimento, apresenta uma impossibilidade de brincar.

Partindo deste dado é que um diagnóstico situacional em terapia ocupacional começa a ser estabelecido. Para Benetton (2006), este diagnóstico, não classificatório ou explicativo, consiste na descrição e análise das condições sócio emocionais que o sujeito apresenta nos primeiros encontros com a terapeuta ocupacional. Desde este início, a memória associativa da terapeuta ocupacional retém informações e as associa. Trata-se de um instrumento fundamental para a análise do sujeito e ele deve ser feito durante todo o processo, por isso possibilita a observação das etapas evolutivas da terapia.

Brincando, a criança se desenvolve em todos os sentidos, percebe e interage com o mundo a sua volta, amplia suas habilidades físicas, cognitivas e emocionais, descobre seus interesses e preferências, faz escolhas. Acima de tudo, “o brincar deve ser um instrumento que desperte o desejo da criança” (Pellegrini, 2008).

Ao falarmos sobre o ensino e a aprendizagem na terapia ocupacional através das atividades, acredito que, quando lidamos com o público infantil, essa função fica ainda mais importante, uma vez que ela permeia todo o processo terapêutico. A criança ainda está em processo de constituição. Suas capacidades físicas e mentais, necessárias para sua integração e autonomia, ainda estão se desenvolvendo (Pellegrini, 2008). Ainda segundo Pellegrini, a criança que não pode dar continuidade ao seu desenvolvimento por

qualquer razão que seja, vivencia limitações em seu cotidiano e está restrita do convívio social. É justamente no encontro terapeuta-paciente-atividades que esse desenvolvimento pode ser retomado.

De acordo com Benetton, Ferrari e Tedesco (2004), a ação educativa em terapia ocupacional é caracterizada fundamentalmente por considerar a cultura, o social, o indivíduo, as limitações, as dificuldades e conseqüente a isso a formação particularizada. O mesmo acontece com a ação inerente à educação que é a aprendizagem, que em terapia ocupacional tem por instrumento as atividades.

Ainda segundo Benetton, Ferrari e Tedesco (2004), é a partir da observação, do olhar analítico, coletor da informação e até mesmo crítico da terapeuta ocupacional que acompanha o sujeito no processo de fazer atividades que se começam a serem construídos os procedimentos educativos inerentes ao processo terapêutico.

Por isso é de extrema importância que a terapeuta ocupacional esteja disponível e atenta, observando todos os detalhes de cada atitude da criança nos encontros, e também que aja de forma ativa, emprestando-se para a criança e possibilitando que ela vivencie momentos e experiências diferentes e prazerosas que irão se transformar em marcas significativas e provocarão mudanças e transformações.

Relato de caso

C. chegou até mim por um encaminhamento de Jô Benneton. A mãe de C. estava à procura de uma terapeuta ocupacional para o filho de cinco anos com paralisia cerebral, pois a escola havia solicitado. Fiquei surpresa com esta solicitação, afinal, isto não acontece com frequência. Entrei em contato telefônico com a família e marcamos

um encontro para conversar.

Quando cheguei à casa de C., com muitas expectativas, estavam todos a minha espera: seus pais, C. e sua irmã de sete anos. C. estava andando pela sala e seus pais disseram: “Olha C., quem veio te conhecer!”, então ele se aproximou, eu abaixei para ficar na sua altura e me apresentei a ele, “Oi C.! Chamo-me Maria Cristina e estava muito ansiosa pra te conhecer, sabia?!”. C. me olhou nos olhos uns instantes; segurou minha mão e logo voltou a andar pela sala.

Os pais de C. me contaram um pouco da história do filho: gestação, parto, etapas do desenvolvimento e relacionamento com a família. Vale ressaltar que notaram algo estranho com o filho quando ele tinha por volta de três meses de idade e seu braço direito pouco se movimentava, além de permanecer com a mão direita sempre fechada. A partir daí, procuraram exames e médicos que diagnosticaram uma lesão no cérebro responsável pela hemiparesia direita. Começou a fazer terapias pelo convênio (fisio, fono, psico e t.o), mas a mãe disse que tinha parado há um ano.

Neste dia notei que as dificuldades motoras de C. eram poucas, ele movimentava-se bem com exceção de alguns tropeços e quedas que aconteciam de vez em quando. Algo que percebi desde este dia é que C. faz pouco uso da mão direita, utilizando-a somente em “último caso”. Na verdade, C. passa a maior parte do tempo com sua mão direita na boca, mordendo os dedos. Outra coisa que me chamou logo a atenção (nesse primeiro encontro com C.) foi o fato de que ele não fala, ou melhor, fala, mas somente sons como “a”, “u”, entre outros.

Questionei a respeito do desenvolvimento da fala de C.. Os pais me dizem que por volta dos dois anos de idade ele dizia algumas palavras, mas que isto desapareceu. A mãe não soube precisar se algo ocorreu para causar isto. Perguntei então

como C. fazia para se comunicar, demonstrar algo que queria. Eles me contaram que, ou ele mesmo vai atrás e busca: por exemplo, se quer água pega seu copo em cima da pia e toma, ou então eles tentavam adivinhar. O que os fazia pensar se C. conseguia entendê-los. Tinham dúvidas quanto a isso. Para o restante das atividades diárias: tomar banho, vestir-se, escovar os dentes, ele necessitava de auxílio da mãe. C. usa fraldas, a mãe não conseguiu tirá-las, pois diz que o filho não avisa quando precisa ir ao banheiro então achou melhor mantê-las.

Desde os três anos frequenta a escola. Já passou por três diferentes, e no momento em que conheci a família, estava num colégio particular no centro da cidade que solicitou à família um acompanhamento para C. e orientação para os profissionais da escola que lidam com ele. Segundo a família, a escola deixava C. fazer o que bem entendesse: ficar fora da sala de aula brincando no pátio, etc. No entanto, devido a um mal entendido entre a escola e a família, C. deixou de frequentar a instituição. Sua família tentou encontrar outra escola para C., mas depois de algumas tentativas sem sucesso, decidiram que C. iniciaria numa nova escola somente no ano seguinte, aos sete anos de idade.

Explico que os atendimentos seriam feitos em sua casa, uma vez na semana e que seria interessante que começássemos em janeiro para que eu pudesse conhecer mais de C. antes de entrar em contato com escola. Também falo sobre a Terapia Ocupacional, explico que trabalhamos com atividades, e, no caso da criança a principal atividade é o brincar, é brincando que a criança aprende e se desenvolve. Terminamos os acordos e combinações a respeito de dia e horário para os atendimentos acontecerem e me despedi da família e de C. dizendo que logo mais voltaria em sua casa pra nos conhecermos e brincarmos.

Eis que chega o dia do primeiro atendimento. Chego à casa de C. com meus materiais: uma caixa de plástico com alguns brinquedos: bola, caminhão, massa de modelar, bolinha de sabão, mola de plástico, brinquedos de montar, papel, tintas, entre outros. Assim que chego, C. me recebe sorrindo e vem em minha direção. Abaixo-me e falo oi, e ele pega em minha mão e eu o abraço. Sua mãe e irmã me cumprimentam e deixam-me a sós com ele na sala. Eu pego a caixa com brinquedos, coloco-a no chão e abro, retirando dela uma mola de plástico. C. me observa e quando começo a brincar com ela, ele chega perto e pega de minha mão e começa a balançar o brinquedo de um lado para o outro, arrasta-o pelo chão. Deixo que explore o brinquedo e, depois de uns instantes, chego e coloco a mola em suas mãos e mostro a ele outro jeito de brincar com ela. Ele observa um tempo o balançar da mola de um lado para o outro e depois solta as mãos e volta a pegar mola com uma só mão e a balançá-la de um lado para outro. Depois noto que ele faz isso com outros brinquedos também.

Neste dia eu estava começando a conhecer C., então pegava alguns dos brinquedos da caixa, brincava e observava sua reação. Mostrou interesse pelas bolinhas de sabão, olhava pra onde iam com atenção, tentava pegá-las em alguns momentos. Enquanto isso eu mostrava a ele que podia tentar estourá-las com as mãos, com os pés, com a cabeça tentando explorar tudo o que o brinquedo e a brincadeira ofereciam. Também brincamos com uma bexiga e com o barulho que as peças de montar fazem dentro da caixa. Noto que C. é um menino inquieto, ou seja, brinca um pouco com um objeto e logo se distrai com outra coisa que lhe chama mais atenção, ou então para alguns instantes e fixa seu olhar em certo lugar (teto, canto da sala, etc.). Passada uma hora, mãe e irmã de C. descem até a sala, conversamos um pouco sobre como C. passou a semana enquanto

guardo os brinquedos na caixa e explico para C. que eu ia embora, mas que na próxima semana estaria de volta. Dou-lhe um abraço e me despeço da família.

O primeiro mês de atendimento tinha como objetivo conhecer C., e assim observar como brincava, do que gostava e não gostava como interagia com outras pessoas, entre outras coisas. Para isso, a cada atendimento fazíamos uma coisa diferente e foi possível observar e descobrir alguns de seus interesses.

Ao longo do tempo percebo que C. se interessa por brincadeiras simples, como virar folhas de um gibi, escutar os sons produzidos pelos objetos e por instrumentos musicais, explorar brinquedos através do toque, dançar ao som de músicas de um lado para o outro, pegar e balançar objetos, explorar as sensações de brincar com grãos de arroz e feijão, entre outras coisas. E, a partir destas brincadeiras todas, interajo com ele. Por exemplo, se C. quer dançar uma música, pega em minha mão e começa a mover-se de um lado para o outro ou pra frente e para trás, aproveito e, enquanto imito seu movimento, trabalho com ele esses conceitos de “ir pra trás” e “vir pra frente”, ou então começo a contar até 10, se cantamos uma música e C. começa a dizer um determinado som como “a” ou “i” “i”, repito o som que ele faz e faço outros “a, e, i, o, u”.

Algo interessante acontece no dia em que levo um novo “brinquedo” para o atendimento: um espelho. Assim que tiro o plástico que protege o objeto, C. age como se fosse a primeira vez que se olhasse refletido ali: olha atentamente para seu reflexo, move-se para frente e para trás, mexe a cabeça de um lado e do outro, chega bem pertinho e toca o espelho com as mãos, como se tentasse alcançar o seu reflexo.

Desse dia em diante, utilizo cada vez mais o espelho nos atendimentos. Sentamos de frente

para o espelho no chão e ali brincamos com fantoches, bola, dançamos ao som de suas músicas, conversamos, e, com isso C. consegue ficar um bom tempo sentado e mais atento às brincadeiras.

Aos poucos percebo algumas mudanças: C. passa a solicitar mais a minha presença, seja puxando-me pela mão, ou simplesmente segurando nela, participa um pouco mais nas brincadeiras e com brinquedos novos que apresento a ele, ou passa a interessar-se pela primeira vez por brinquedos que sempre estiveram ao seu alcance, como a tinta guache, olha mais nos meus olhos enquanto falo com ele. Diverte-se mais durante os atendimentos dando risadas gostosas de escutar, passa a me dar beijos no rosto, fato que não acontecia antes.

Outra coisa interessante que passou a acontecer algumas vezes é que C. toma iniciativa de estabelecer alguns “jogos” próprios a partir de uma reação minha a uma atitude dele. Por exemplo, depois de brincarmos com um ioiô, C. o leva em direção à boca, eu coloco minha mão sobre a sua e digo: “Menino!”, ele dá risada, afasta o brinquedo e mais uma vez ameaça colocá-lo na boca, novamente digo “Menino!”, ele dá risada mais uma vez e o jogo continua.

Um dia, ao levar um brinquedo novo para o atendimento, explico e mostro como funciona: “Você põe o carrinho aqui em cima e solta. Veja como ele desce!” C. sorri, pega em minha mão e a leva até o brinquedo. Repito a ação algumas vezes até que ele pega o carrinho de minha mão, balança-o (faz um som diferente) e leva-o até o brinquedo.

É claro que nem sempre as coisas acontecem como planejamos, pois quando falamos de crianças, imprevistos acontecem. Existem dias em que C. não está bem, seja por que não dormiu bem à noite ou por que está entediado por ficar em casa o dia todo ou por algum motivo que não sei, afinal

C. não fala e aí fica mais difícil saber o que se passa com ele. Em dias assim, não consigo prever o que vai acontecer. Já aconteceu de C. passar o atendimento todo irritado, chorando e mordendo sua mão e olhando pra mim, como se dissesse: “Estou muito bravo e não estou a fim de brincar hoje”. Em momentos assim, o que consigo fazer é abaixar para ficar na sua altura, olhar para ele e dizer “Eu entendi que você não está legal hoje. Não precisamos fazer nada que você não queira, mas não morda sua mão que você se machuca”. Mas em compensação, também há dias em que C. chora, fica bravo, morde sua mão e chega perto de mim, então eu converso com ele, faço um carinho, pego em sua mão e canto uma música ou folheio um gibi contando histórias a partir das figuras e ele consegue se acalmar. Também já aconteceu de chegar a sua casa e encontrá-lo chorando e mordendo a mão, e, ao começarmos o atendimento ele ficar bem e participa das atividades.

A principal dificuldade que sinto em relação ao acompanhamento de C. é o fato dele não falar. É claro que depois de um tempo acompanhando C., já consigo perceber como ele está devido a seus gestos, sons, olhares, entre outros. O que me deixa mais tranquila, mas em alguns momentos, como nos dias em que algo parece estar incomodando-o e ele chora ou grita, essa dificuldade aparece.

Outro empecilho que sentia nos primeiros atendimentos é que não sabia como agir nos momentos em que C. se isolava em um determinado canto da sala e olhava fixo para um determinado ponto e ali ficava por um bom tempo. No começo eu tentava contato com ele, chamando-o pelo nome e tentando ganhar sua atenção com uma brincadeira ou brinquedo. Porém, depois de observar este movimento de C., passei a enxergá-lo de uma maneira diferente. Esses momentos continuam a acontecer, às vezes com uma frequência maior, às vezes não

acontecem, mas normalmente ocorrem logo depois que C. teve participou de uma brincadeira. Passei a respeitar e a enxergar essa ação de C. como o tempo que ele necessita pra se organizar antes de participar de outra brincadeira. No entanto, é algo com que ainda tenho dificuldade.

Em paralelo aos atendimentos de C., também há o trabalho com a família, que se mostrou, desde o início, participativa e incentivadora. Nestas conversas, oriento a família quanto a estimular a comunicação de C. durante as atividades cotidianas, além de orientar quanto a como colocar e manter limites para que C. os compreenda e os respeite. Uma questão que também foi trabalhada junto à família, especialmente junto à mãe de C., foi como lidar com o fato de C. estar fora da escola e o quanto isso era um incômodo para ela. Nos primeiros meses do acompanhamento de C., eles visitaram inúmeras escolas, mas sem sucesso. Assim, o que foi discutido com a mãe de C., principalmente, era que a escola tem sim muita importância para o cotidiano de C., mas que, no momento, poderia esperar um pouco e investir nos atendimentos em terapia ocupacional e no acompanhamento médico, necessários para que no ano seguinte, quando C. entrar na escola, esteja mais preparado. Essas conversas fizeram com que a família ficasse mais tranquila quanto à situação e sem “peso na consciência” por não estar procurando uma escola para o filho.

Recentemente, a família foi visitar um colégio num bairro próximo de sua casa e C. passou dois dias na instituição para ver se acostumava. No segundo dia, acompanhei a família, e C. parecia à vontade e curioso, pois andava por todos os cantos, sorrindo, querendo explorar a fundo a escola. Apresento-me à coordenadora da escola que fala sobre como C. ficou bem na instituição no dia anterior e que ficariam felizes de tê-lo na escola. Quando a professora de sua sala vem buscá-lo para levá-lo até a sala, C. dá a mão pra

ela e desce a rampa sem nem olhar para trás. A proposta da escola era de que C. iniciasse as aulas imediatamente, no entanto, a família de C. não tinha planos para que isso acontecesse. Devido às condições financeiras, C. iniciará na nova escola em janeiro de 2012.

Discussão

A partir do caso apresentado podemos pensar a atuação da terapeuta ocupacional nos seguintes aspectos:

A criança e a comunicação

A comunicação foi uma das principais queixas trazidas pela família de C. no início dos atendimentos. Os pais traziam dúvidas a respeito de o filho escutar o que era dito e compreender.

A partir das queixas trazidas e o que foi observado do paciente ao longo dos primeiros atendimentos, as atividades que aconteciam durante sempre tinham como característica o favorecimento de situações onde a comunicação acontecia. Seja a comunicação verbal, ou seja, os sons e as palavras que eram verbalizadas, como também a comunicação não verbal, esta compreendida como gestos, posturas, atitudes e expressões faciais expressas por C. durante as sessões.

Muitas vezes apenas o fato da terapeuta repetir um som que C. fazia agachada para ficar na sua altura, surtia um efeito positivo, pois ele repetia o som e experimentava também sons diferentes. Acredita-se que, com isso, marcas foram criadas e aquele espaço ficou conhecido como um lugar onde C. poderia experimentar e vivenciar o que quisesse.

Espaços de isolamento e participação

Se fôssemos pensar em descrever como seriam os atendimentos de C. com a terapeuta ocupacional poderíamos muito bem dizer que eram constituídos de espaços de isolamento e participação.

Com o passar do tempo, os espaços de isolamento foram compreendidos como uma maneira que a criança encontrou para se organizar, depois, por exemplo, da participação de uma determinada atividade. Como se ele precisasse se recompor daquele momento para depois dar continuidade a qualquer brincadeira que estivesse acontecendo. No entanto, no começo foi algo extremamente difícil de ser compreendido, pois aqueles momentos de isolamento eram algo que me incomodavam a ponto de tentar resgatar C. destas situações. Como esses resgates não eram bem sucedidos, passei a compreender e a respeitar tais acontecimentos como sendo extremamente necessários para que depois C. conseguisse se sentar comigo na frente do espelho e ler uma história, por exemplo.

Atividades do cotidiano e retorno a vida escolar

A partir da observação de C. juntamente com os dados trazidos pelos pais, irmã e avó, foi possível compor o diagnóstico situacional da criança. Com tal técnica pude perceber como C. realizava suas atividades cotidianas, e percebi que uma de suas atividades preferidas do dia a dia é a hora de comer. Foi então que tal atividade passou a fazer parte dos atendimentos, seja falando sobre isso, ou então fazendo um lanche em sua casa com seus alimentos favoritos. A alimentação é um dos momentos, senão o principal, em que ele tem mais autonomia e se sente confortável para fazer e experimentar as coisas sem a ajuda de ninguém. Passamos a utilizar esse momento para que muitos

outros conceitos fossem estimulados (palavras e sons, quantidades, cores, nomeação de objetos, músicas, etc.).

Partindo de uma atividade que fazia sentido para ele e despertasse o seu interesse é que foi possível trilhar um caminho no qual C. aos poucos reconhecia algumas partes e pode assim levar essa vivência para seu dia a dia.

Apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas por C. e sua família de não conseguir matriculá-lo numa escola que estivesse preparada para a inclusão escolar, de uma forma ou de outra o assunto "escola" estava sempre presente nos atendimentos. Principalmente por que era uma atividade que fazia parte de seu cotidiano e de repente, de uma forma inesperada e desagradável, foi rompida. E tal ruptura foi sentida por C. e sua família. Desta forma, nos nossos encontros havia conversas sobre a escola, músicas - atividades eram feitas pensando que num futuro próximo C. estaria sim novamente na escola e, então, estaria mais preparado para encarar essa experiência.

A família

Como foi dito no relato do caso, a família de C. sempre esteve muito presente nos atendimentos, facilitando e incentivando todo o processo. E, já que se trata de um caso da clínica infantil, sabe-se a importância que a família tem nesse processo, uma vez que não é suficiente levar o filho para fazer a terapia ocupacional e sim perceber que a família como um todo também tem suas responsabilidades no que diz respeito ao acompanhamento da criança. Há a necessidade de trazer suas dúvidas, angústias, ansiedades, problemas, buscar soluções, acompanhar os avanços alcançados e realmente envolver-se no processo. Compreender que tudo o que acontece

e é feito no setting tem um significado importante para a criança e sua família também.

No caso de C. o que foi mais trabalhado com a família foi a questão de colocar limites. Isso era uma dificuldade muito grande para a família, pois como C. não fala, tinham dúvida se ele os entendia e, ao mesmo tempo, acabavam deixando que o filho fizesse o que queria para compensar o fato de não falar ou qualquer outro motivo. Uma das ações da terapeuta ocupacional foi mostrar que C. precisava sim de limites, como todas as crianças necessitam e que ele conseguia muito bem distingui-los.

Além disso, outras ações muito importantes com a família da criança foram realizadas a fim de conter a angústia e “culpa” que os pais sentiam pelo fato do filho ficar um ano fora da escola. E que tudo bem isso acontecer, pois outras questões acabaram sendo discutidas ao longo desse ano, como acompanhamento médico e atendimentos com terapeuta ocupacional a fim de preparar C. para quando ele fosse entrar de vez na escola.

Conclusão

Este artigo buscou ressaltar a importância da terapia ocupacional no atendimento de crianças com atrasos no desenvolvimento a fim de apresentar e introduzir a criança no mundo por meio das brincadeiras e pensar junto dela e sua família uma inserção social possível. Para isso, os fundamentos do MTOD e conhecimento sobre o desenvolvimento infantil são de extrema necessidade.

Referências Bibliográficas

BENETTON, J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Tese de doutorado. Campinas; UNICAMP, 1994.

BENETTON, J.; FERRARI, S.; TEDESCO, S. **Terapia Ocupacional: função terapêutica e sua ação educativa**, disponível em www.jobenetton.pro.br

BENETTON, J. **Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional**. 3ª edição. Campinas: Arte Brasil Editora; Unisalesiano – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

PELLEGRINI, A.C. **Brincar é atividade?** Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, ano 11, nº 11, 2008.

TAKATORI, M. **O uso do brincar na Terapia Ocupacional: uma compreensão de experiência criativa e facilitação da participação social**. Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, ano 12, nº 12, 2010.

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

Kátia Zerbinati

Ana Cristina Spinelli

Elenilda Sena Nunes

Loredana Locatelli Carvalho

Quesia Botelho Fernandes

Thiene Rocha Bersan.

Resumo

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

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

Abstract

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

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

Introdução

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

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

concretas, “construindo um espaço subjetivo de historicidade” (Moraes, 2007) que some à história do paciente e ao processo vivenciado por ele no setting de Terapia Ocupacional.

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

Primeiro encontro

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

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

Estava diante de um homem alto, forte, olhos

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

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

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

Segundo Moraes,

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

Para Marcolino é

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

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

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

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

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

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

Partindo do pressuposto de Benetton que

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

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

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

Segundo encontro

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

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

Terceiro encontro

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

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

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



Fig. 1

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

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

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



Fig. 2

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

O privilégio de ter as atividades como constituintes

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

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

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

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

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

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

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



Fig.3

No início da atividade apresenta maior dificuldade, devido aos tremores das mãos decorrentes do quadro clínico, ora acentuados, ora leves. Mesmo

assim, e também por gostar de desafios, conclui a atividade; relata não ter gostado do resultado e a deixa no CAPS AD.

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



Fig.4



Fig.5

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

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

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



Fig. 6



Fig. 7

Nesta época, os grupos eram numerosos, com a participação de aproximadamente 20 membros, e eu, responsável pelos pacientes com projeto

intensivo. R. organiza um espaço externo à sala, improvisa uma mesa de apoio e um cavalete, que era montado e desmontado todos os dias. Chegava mais cedo para preparar seu espaço. Enquanto pintava os quadros, circulava no grupo da mesma forma, fazendo brincadeiras, piadas, pegadinhas e solicitava opiniões dos colegas.

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

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

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

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

Faço uma segunda proposta: pintar um quadro como encomenda para presentear uma grande amiga minha. Iniciamos o projeto escolhendo

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

“Os terapeutas ocupacionais (...) falaram (...) sobre construir imagens do paciente e, especialmente, imagens futuras de quem este paciente pode vir a ser. Eles acreditavam que o que traziam em mente mais vividamente, quando tratavam pacientes, não eram planos ou objetivos de tratamento, mas sim, imagens do paciente potencial.”



Fig. 8

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

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

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

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

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



Fig.9

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

Conclusão

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

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

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

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

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

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

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

Referências Bibliográficas

BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

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

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

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

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

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

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

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

Onde habitar é possível

Rafaela Arrigoni

“O habitar não se limita a uma habitação, no sentido de uma casa ou de um abrigo, mas estende-se na medida em que o espaço construído é palco para a vida. Habitamos a casa, a rua, o bairro, a cidade, habitamos também os espaços que surgem das relações que estabelecemos com os outros, habitamos nossos pensamentos e sentimentos, medos e aspirações. Habitar é a nossa forma de estar no mundo e a partir desta forma construímos a realidade que nos circunda”.

Martin Heidegger

Resumo

Este artigo parte dos pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, principalmente da relação triádica, para apresentar o processo de Terapia Ocupacional de um adolescente em situação de rua.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; relação triádica; adolescente; situação de rua.

Abstract

Based on the presupposed factors of the Dynamic Occupational Therapy, specially triadic relationship, this article presents to present an occupational therapy process of a homeless teenager living on the streets

Keywords: Occupational Therapy; triadic relationship; teenager; homeless.

Introdução

“Só você me entende”. Disse P. em um dos atendimentos. Vi a relação triádica sendo construída durante os atendimentos, só tive dimensão dela ao ouvir essa frase e após supervisão com Jô Benetton e discussão do caso com o grupo de formação em Terapia Ocupacional Dinâmica, turma 2008, no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO). Dois processos que caminharam em paralelo, a minha formação e o atendimento clínico de P.

O caso foi atendido de acordo com o referencial teórico do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Trago três conceitos que auxiliam a pensar o raciocínio clínico utilizado durante o processo.

O primeiro é o sujeito alvo da Terapia Ocupacional, aquele que se encontra em uma posição de exclusão, descrito por RODRIGUES (2003) como “alguém necessitado de uma potência relacional; onde possa ter outro alguém que possa fazer junto, compartilhar. Quando isso ocorre, abre-se a possibilidade de demarcar experiências num tempo e espaço”, de acordo com termo definido pela autora como Inscrição Social.

Esse conceito claramente se distingue da forma como as instituições olham para a exclusão: o Método Terapia Ocupacional Dinâmica trata a posição de exclusão e não do sujeito excluído.

O diagnóstico situacional, “descrição e análise das condições sócio-emocionais, as quais o sujeito apresenta em nossos primeiros encontros” (BENETTON, p. 91, 2006), para a autora, não é classificatório e nem explicativo e por ser descritivo-analítico deve ser feito durante todo o processo da terapia e realizado primeiramente pela observação do terapeuta ocupacional e associado a informações de familiares, pessoas que convivem com o paciente e outros membros da equipe. Para MORAES (2008) essa primeira observação é fundamental para entender o que esse sujeito faz, como faz, onde e quando faz, o que permite entender o seu repertório no fazer e possibilita o início da construção de história com esse sujeito no *setting* da terapia ocupacional.

A relação triádica é definida por Benetton (2006) como uma relação composta por um terapeuta ocupacional, um indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá estar para fazer terapia ocupacional e pelas atividades. Existem movimentos de ação e outros de reação que são determinantes da dinâmica relacional entre esses três termos.

Moraes (2007) descreve que a relação triádica é dinâmica no sentido de possuir movimentos, que acontecem com os três termos. É o núcleo do Método Terapia Ocupacional dinâmica e por meio dessa relação que os procedimentos são pensados e realizados.

Primeiro Encontro

P. estava na sala de espera sentado com as pernas balançando freneticamente para cima e para baixo, de um lado para o outro, o olhar perdido, emagrecido, suor escorrendo na testa em um dia que não fazia calor. Caminho até ele, me aproximo, inclino o tronco em sua direção, digo olá e me apresento através do nome e da

terapia ocupacional. Ele vira a cabeça em minha direção, mas não faz contato visual. Peço que me acompanhe e ele levanta, sem dizer uma única palavra. Caminhamos um ao lado do outro até a sala de atendimento. No percurso, ele mantém a cabeça baixa e as mãos para trás. Não posso deixar de observar esse movimento e de associar com outras crianças e adolescentes já atendidos e que apresentam esse caminhar como característica de sua passagem pela Fundação Casa. Anoto essa cena em algum espaço da minha memória e começo a observá-lo. Estava sujo, parecia não tomar banho há dias, usava uma touca de lã alongada na orelha que chegava até o pescoço, um casaco e tênis rasgados. O trajeto até a sala parecia ser interminável, cada gesto e cada sinal pareciam me dizer coisas sobre a atual condição de P. Observei atentamente, mas optei por ouvi-lo contar, antes de tirar minhas conclusões.

Ele se senta e relata já ter passado em atendimento no dia anterior, com outro profissional da equipe. Pergunto o motivo do retorno e ele diz: “Não melhorei, me sinto pior a cada dia”. Peço para que conte o que sente e o motivo de ter procurado o serviço (claro que eu, naquele momento, já percebia algumas questões óbvias, relacionadas ao autocuidado, alimentação, sono...). P. refere que sente coisas estranhas e que nasceu na Itália e veio com os pais para o Brasil, fala que tem uma irmã na França e conversa com ela até o momento pelo pensamento, acrescenta que os pais deixaram-no em um orfanato e desde então não tem notícias deles. Percebo a agitação da perna aumentar, quando falo sobre isso ele diz não gostar de ficar em lugar fechado. Primeiramente olho a volta e percebo que estamos em uma sala completamente fechada, abro as janelas e pergunto se assim fica melhor ou se quer sair para outro espaço. Ele afirma sentir-se melhor. Pergunto em que outros lugares fechados já esteve e ele diz que no orfanato era tudo fechado e à noite via

apenas uma janela no alto do quarto e que sentia muito medo e vontade de sair e que na Fundação Casa também era assim.

Também conta que saiu do orfanato aos oito anos de idade, quando passou a ouvir vozes de pessoas que não via e que diziam que ele tinha uma missão. Ao sair do orfanato passou a morar na rua. Pergunto onde mora hoje, apesar dos traços observados inicialmente já me darem a resposta, mas mais uma vez opto por ter a resposta a partir dele. P. sorri e diz “na rua né?”. “E o que você faz na rua?”, é a única coisa que sou capaz de perguntar para me distanciar de qualquer estranhamento ou sensação que possa me causar pensar em uma vida passada desde os oito anos de idade na rua.

Ele não hesita em nenhum momento e diz: “Na rua eu sou livre, não me sinto preso, não tenho hora, posso tudo, podia... agora não me sinto mais assim”. Fala que tinha amigos, uma namorada e se ajeitava para tomar banho em espaços apropriados da Assistência Social. Pergunto sobre sua idade e ele diz ter 16 anos. Digo: “Você disse que antes estava tudo bem, desse jeitinho que você contou, e que agora está ruim, como é esse estar ruim?” Ele continua a balançar as pernas e diz que passou a ouvir as vozes de um jeito diferente, com mais frequência e que sente medo, elas o mandam fazer coisas que não quer, recebe ordens para machucar pessoas e a si mesmo. Ele mantém atenção em minha face, acredito naquele momento que em busca de alguma reação, como se estivesse em busca de saber o que penso sobre o que está sendo narrado. Opto por reagir com naturalidade, entendo não ser bom, nesse momento, dar atenção especial a este fato. Como se a busca dele por minha reação fosse uma forma de observar a dimensão que dou ao que ele narrou, opto por entender qual é a dimensão que ele dá para essa vivência. Pergunto sobre a rotina dele na rua antes, as atividades que desenvolvia e o que mudou com essa piora que sentiu.

Fala que vive na rua “numa boa”, acorda, faz os “corres” para tomar banho, comer, anda, anda muito e que há um tempo passou a usar maconha, depois cocaína e agora crack. Diz que sentia alívio ao usar e, com o tempo, desespero. “A paz do meu pensamento foi roubada”: é assim que ele descreve seu desespero.

O caso é discutido com equipe interdisciplinar de Saúde Mental. Para compor o diagnóstico situacional, busco referências de outros profissionais que tiveram contato com ele e também de outros serviços no território que já tenham atendido P. A hipótese diagnóstica médica era de surto psicótico decorrente do uso de substâncias psicoativas. Meu olhar de terapeuta ocupacional não consegue ver neste nome a complexidade e a narrativa de tudo que foi relatado e observado até o momento, então opto por manter esse nome como um eixo para algumas discussões na equipe, mas não como objetivo de tratamento.

As atividades, o paciente, a terapeuta e outros elementos.

Em outro atendimento, pergunto a P. o que ele gosta de fazer e ele diz que gosta de escrever, conta que estudou até a sexta série e que “escrever faz o pensamento ficar no lugar”. Falo que podemos fazer um livro para ele escrever os pensamentos e outras coisas que achar importante. Ofereço os materiais e ele escolhe sem dificuldades: pega as folhas de sulfite, dobra, fura, amarra com uma fita de lã verde e escreve na capa “LIVRO DOS PENSAMENTOS”.

A partir de então, P. compareceu ao serviço constantemente, sempre com o livro no bolso, às vezes com novos conteúdos, outras vezes mais amassado e sem preencher, mas sempre com ele por perto. Chegava agitado, andava de um lado para o outro, pedia constantemente para

conversar com alguém, referia dores de cabeça e as mesmas passavam quando tinha a atenção de alguém direcionada a ele. Pedia, por meio da dor de cabeça, a presença de alguém para a hora do almoço, para jogar jogos com ele, para conversar ou caminhar pelo corredor. Em muitos desses momentos, era a mim que ele solicitava. Havia uma espécie de elo entre nós na realização dessas atividades. A leitura do livro dos pensamentos era restrita à nossa relação. Ele escreve alguns fragmentos do livro para que sejam colocados em seu registro no serviço.

“A história começou quando eu ouvi seu chamado. São muito louco”.

“A minha vida é um jogo, eu não me entendo, às vezes me sinto mal, esquisito, vejo coisas estranhas, eles avisam que vai ter dor de cabeça”.

“Não sei por que sou assim, alguém me ajuda, estou com medo das coisas que estou fazendo, essas meditações estão me perturbando, preciso de você.

Quero que um dia seja tudo igual para todos nós amigos.”

P.

O agravamento dos sintomas clínicos a que ele se referia constantemente era oposto à melhora observada na sua comunicação verbal, no caminhar, na forma que chegava mais tranquilo ao serviço. Mas P. referia constantemente a piora das vozes de comando, o medo que sentia delas e a sensação de falta de controle. Iniciou-se o tratamento medicamentoso, o que necessitava de um cuidado sistemático na administração da medicação, pois ele se mantinha em situação de rua, o que inviabilizava, em um primeiro momento, esse procedimento. O maior risco era deixar a medicação sob seus cuidados e ele ingerir de forma inaquada na tentativa de efetivar suas ideias suicidas referidas em diferentes momentos dos atendimentos de terapia ocupacional.

Conversei com P. para esclarecer a questão da medicação, sob orientação do psiquiatra da equipe, e P. entendeu ser uma opção ir para um abrigo. Na realidade eu e a equipe julgávamos que essa era a melhor opção para ele, quem sabe por ficarmos aliviados por ele estar em um lugar protegido, fora do frio, dos perigos da rua, da grande oferta de substâncias psicoativas e convites constantes a ações de delinquência, das quais sabíamos que, desde sua passagem pela Fundação Casa, ele não tinha mais proximidade.

Foi a primeira noite no Centro de Acolhida e no dia seguinte no período da manhã estava de volta ao serviço; havia evadido (termo usado para designar a saída sem autorização do Centro de Acolhida). P. senta na sala, estava extremamente ansioso, agitado e isso aparecia na sua forma de andar, nas mãos tremendo, na fala acelerada, contara que lá é muito fechado, não havia espaço livre. Achando mais uma vez ser o certo, me apoio na relação terapêutica estabelecida e construo com ele o entendimento de que essa é a melhor opção. Ele se esforça e vai mais uma vez ao final do dia para o abrigo. Essa história se repete por semanas, além disso, surgem problemas com adolescentes do abrigo, com educadores, com a equipe em geral.

A melhora é observada com o uso da medicação e a frequência assídua ao tratamento e aos atendimentos de terapia ocupacional. Em um determinado momento, peço para vermos o livro dos pensamentos juntos. Ao abrir, lemos cartas endereçadas a mim, nas quais pede para sair de lá, ter sua liberdade e na última, um pedido de ajuda, afirma que está prestes a abandonar tudo e não só o abrigo.

“Preciso me expressar, quero falar para a senhora que pretendo sair do abrigo que estou, sei que é bom, mais pra mim não dá mais.”

“Quero conversar muito com a senhora, não sei quanto

tempo vou aguentar tudo isso, quero ir pra uma crinica, lá vou me recuperar, eu preciso ir muito. Estou muito com vontade de usar droga, minha cabeça está confusa.

Preciso de ajuda não quero ficar longe da sinhora.”

“Hoje de manhã estava com vontade de usar droga preciso muito de sua ajuda si não de eu vou tentar sozinho tá tia Rafaela”

P.

Fiquei compondo na minha memória a trajetória dele até então, e pensando o que era o certo? O errado? Havia essa diferença? A vontade dele deveria ser priorizada? O sofrimento dele naquele espaço deveria ser levado em conta ou apenas os direitos escritos no Estatuto da Criança e do Adolescente? O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) diz no artigo 15 do Capítulo II. “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. E no artigo 16 ressalta que “O direito à liberdade consiste em: ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais.” Desta forma, em conjunto com P. decidimos por sua saída do abrigo. E é nesse contexto que surge a frase com a qual inicio esse texto: “só você me entende”.

Devo ressaltar que, antes dessa atitude, tentamos outras possibilidades, encaminhamentos para outra instituição com características físicas mais adequadas às expectativas e desejos de P. Porém, sem escuta pelos órgãos públicos acionados, que, na maioria das vezes, diziam: “tanta gente querendo vaga, não temos como dar o que ele quer, tem que ser o que tem”, ou “você protege demais ele, por isso que ele fica nesse foge e volta”, ou “você está maluca de deixá-lo na rua, não-não, isso é muito errado”. Essas tentativas de articulações entre Saúde e Assistência Social foram colocadas em relatório e encaminhadas ao Conselho tutelar, ao Juiz da Vara da Infância e

aos recursos da Assistência Social e P. participou de todas as etapas, tendo sido ouvido por mim e pela equipe.

Enquanto caminhávamos nessa direção, em paralelo, a história da origem narrada por P. sofria mudanças constantes: pais mortos, pais no exterior, mais irmãs do que foi apresentado na história inicial. Aos poucos foi possível P. dizer que era difícil falar do passado, que não lembrava e não queria lembrar. Propus que ele olhasse o hoje e então fomos juntos conhecer um abrigo que acreditava-se ser ideal e dentro das características esperadas. Um detalhe: a distância entre esse abrigo proposto e o local onde ele mora desde os oito anos de idade é de muitos quilômetros. Já no trajeto, ele mostrou-se contrário. O espaço físico realmente era adequado, mas que relações afetivas ele teria naquele espaço? Que traços de sua história? Quais companheiros? Que terapeuta? Todos esses questionamentos foram feitos por ele no trajeto de volta à sua morada: a rua. A distância para ele era narrada como uma impossibilidade de continuar suas mudanças.

P. passou a comparecer para os atendimentos todos os dias, em alguns estava mais participativo, em outros mais distante, às vezes com vontades e ideias de atividades, em outros com medo, com sono, com pensamentos de persecutoriedade em relação à medicação; ainda não aceitava locais fechados e sofria com isso. Nos atendimentos ele lia e escrevia no livro dos pensamentos e às vezes era por meio dele que conseguia dizer: “estava com saudades de você”, após um fim de semana ou feriado, ou “tenho medo do que minha cabeça pensa, mas não sei se é ela que pensa, ou se eu que penso, só sei que não sou eu que falo”. Nas suas idas e vindas, P. tem uma piora, relata muito medo, ideação suicida e pede um abrigo. Acionamos a Assistência Social e conseguimos um espaço de acolhida. Neste local, tivemos dificuldade de acesso, telefonava todos

os dias, mas ele estava em atividades de rotina da instituição. Quando reforço a necessidade de tratamento me é dito que irão levá-lo a um local mais próximo ao abrigo. Mais alguns relatórios são feitos, discussões de caso com a equipe do abrigo, outras pessoas da equipe de saúde envolvidas no processo e conseguimos trazê-lo para o serviço durante uma festa.

Explico para ele o que houve nesse tempo e o quanto estive perto, atendendo ele sem ser com a presença física, mas sempre tendo na memória o que ele trazia nos atendimentos como vontade de vida: liberdade. Ele pega uma carta e me entrega.

“tia estou morrendo de saudade de você,
estou confuso, não sei o que fazer.

Preciso de sua ajuda, sei que sou assim,
mais quero conversa muito com a senhora”.

“Me senti abandonado nesses dias, mas sabia que a
senhora, você, a tia, ia dar um jeito de saber de mim”.

“tem muita coisa que queria contar,
mas num sei o que dizer” [sic].

Entrega para outro membro da equipe o telefone de um conhecido e pede para entrarmos em contato. De terapeutas a detetives, passamos a buscar informações que pudessem dizer de sua história, de sua narrativa até a chegada ao serviço.

P. é brasileiro, sua idade é 18 anos, obtivemos mais algumas informações sobre sua passagem em abrigos na infância, seu registro de nascimento na região central da cidade de São Paulo, a proximidade com um irmão, porém sem comprovação de ser irmão de sangue ou de rua. Peças de um quebra cabeça, sem respostas claras. Ao final P. fez a escolha de ficar morando na rua, sua casa desde os oito anos de idade. Está da mesma forma? Eu e ele acreditamos que não, no último atendimento que o vi ele disse que já não precisava mais das “drogas” para viver naquele

ambiente, que agora era uma escolha. Passou a buscar mensalmente sua medicação e se não era no serviço era em outro serviço da rede de saúde, com o qual mantínhamos comunicação.

Há dois meses não o vejo, mas da última vez que o atendi fui chamá-lo na recepção e ele estava tomado banho, cheiroso, com a barriga redonda (como se estivesse se alimentando bem), mãos ao lado do corpo, as pernas paradas. Ao me ver abriu um sorriso, me olhou nos olhos, deu um forte abraço e disse estar com saudades. Disse que estava na rua e que tinha 16 anos de idade e que provaria isso. Digo a ele que ali ele pode ter 16 anos, ele sorri e conta que tem corrido todos os dias, toma banho na tenda, conversa com os amigos, transita por outros espaços da cidade e que sente que é uma escolha e que começou a trabalhar como ajudante de pedreiro.

Como sua terapeuta, fico feliz por ele perceber que é uma escolha dele e saber que pode retornar a esse espaço quando preciso que este espaço pode ir até ele se essa for a vontade e que existem outras escolhas. No fundo, com certeza, fica um desejo de vê-lo na escola, em uma casa, protegido, mas o terapeuta precisa ter um silêncio: “... é o silêncio do terapeuta. O silêncio dos seus próprios desejos, anseios, do saber antecipado, da ansiedade e da angústia...” (Benetton, 1995).

Chegou ao final?

Acredito que não. Como terapeuta ocupacional, acredito estar em um determinado período da vida do sujeito junto a ele, próximo ou acompanhando-o à distância. Mas, com certeza, na busca constante de possibilidades de construção de espaços de saúde no cotidiano. Quanto tempo isso leva? O tempo é relativo para cada sujeito, mas leva o tempo necessário para que mudanças e inserção social possam ser vivenciadas de acordo

com o referencial do sujeito e com alguns que emprestamos e às vezes damos a eles. As recaídas podem ser possíveis, mas ele, após esse processo, já não é mais o mesmo.

Por muitas vezes, a vontade que eu tinha de vê-lo em outras condições me impediram de olhar para a vontade dele, o que era importante para ele, o sujeito-alvo, aqui representado por P.

No contato terapêutico, na clínica cotidiana com outras crianças e adolescentes que apresentam características semelhantes ou situações semelhantes ou não, é difícil muitas vezes manter essa perspectiva do sujeito frente a situações de imensa vulnerabilidade. Enquanto fazia supervisão clínica na sala de aula do CETO (Centro de Estudos de Terapia Ocupacional), me sentia autorizada a ouvir e observar de verdade o que fazia sentido para esses pacientes. No caso de P., isso possibilitou a relação triádica.

Esse acompanhamento não seria possível de ser contemplado sem o caminho paralelo da clínica com a formação. O caso apresentado possui diferentes fragmentos a serem considerados: ética, cidadania, direito da criança e do adolescente, papéis sociais, tratamento, vulnerabilidade social, sofrimento psíquico, enfim, muitos vértices. Eu optei por escolher o caminho do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, na realidade, nós optamos por esse caminho, que não exclui as questões anteriores, mas integra o sujeito alvo a todas elas.

Entendo que, ao longo do processo, a relação terapêutica e os procedimentos possíveis foram interferidos pelas complicações da situação de vida do sujeito o que nos remete ao fato da inexistência de políticas públicas efetivas para o tratamento, acompanhamento e inserção social de jovens em situação de rua e em intenso sofrimento psíquico, seja pelo uso de substâncias psicoativas, por transtornos mentais ou pelo próprio histórico de abandono, negligência e violência.

Falta o estabelecimento de políticas públicas integradas, com ações intersetoriais, entre educação, saúde, moradia e habitação, assistência social, judiciário e recursos comunitários. Partindo do estabelecimento de fluxos de atendimento e de ações compartilhadas que estabeleçam uma rede de cuidados para esses sujeitos e que não sejam apenas “locais para eles transitarem” e sim locais onde possam habitar.

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**. Campinas: Arte Brasil Editora/ UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

BRASIL, 1992 – atual. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**.

HEIDEGGER, M. **Construir, habitar, pensar** (1951) http://www.prourb.fau.ufrj.br/jkos/p2/heidegger_construir,%20habitar,%20pensar.pdf

MORAES, G. C. **Trilhas Associativas: uma história contada a três**. Revista CETO (10), São Paulo, 2007.

MORAES, G. C. **Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica**. Revista CETO (11), São Paulo, 2008.

RODRIGUES, K. P. **Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida**. Revista CETO (8), São Paulo, 2003.

Contribuições da Terapia Ocupacional na assistência da mulher mastectomizada no Hospital Amaral Carvalho de Jaú

Márcia Maria Shirley Boletti Pengo

Resumo

Este artigo apresenta um trabalho desenvolvido, desde 1986, no Hospital Amaral Carvalho de Jaú, com mulheres portadoras de câncer de mama. É a primeira experiência da Terapia Ocupacional dentro desse hospital com pacientes mastectomizadas, no processo de tratamento no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Trata-se de orientações às pacientes de como e quando realizar as atividades na vida cotidiana com o braço do lado da mama operada. Foi elaborado também um folheto para melhor orientá-las, o GUIA PRÁTICO PÓS-MASTECTOMIA.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Atividades, Cotidiano, Pacientes Mastectomizadas.

Abstract

The current study has been developed with women with breast cancer since 1986 in Jaú, at Amaral Carvalho Hospital. It has been the first experience in this hospital involving dynamic occupational therapy with patients whose breasts had suffered mastectomy for cancer reasons (MTOD). It addresses instructions to advise patients on how and when to cope with the daily routine activities by making use of the arm located on the same side in which they underwent the mastectomy.

Keywords: Occupational Therapy, Activities, Daily Routine, Patients who underwent mastectomy.

Introdução

Durante os atendimentos com pacientes mastectomizadas, observei que sentimentos de invalidez eram comuns a elas após receberem as orientações médicas. Tais sentimentos as impediam de seguir as recomendações de movimentação precoce para retorno funcional do(s) membro(s) superior (es). Diante disso, fui buscar, na literatura especializada, material para orientar as pacientes. O que encontrei foram somente folhetos disponíveis na maioria dos hospitais para orientá-las; no entanto, eram limitados, restringindo-se às proibições, não demonstrando claramente os procedimentos que deveriam ser efetuados. Tampouco foi possível encontrar relatos de outros terapeutas ocupacionais atuando com o mesmo tipo de paciente no leito.

Durante a internação, as pessoas têm um único objetivo: seu tratamento, ou seja, o combate à doença que causou sua internação. Dessa forma, todas as pessoas podem vir a ser sujeito alvo da terapia ocupacional; mas, para que isso se concretize, é preciso que suas necessidades sejam detectadas pelo terapeuta ocupacional. Para Benetton (2006), o sujeito alvo, muitas vezes, é reconhecido pelo que não faz ou por aquilo que vai ao encontro da doença e não da saúde; e ainda, é reconhecido por relacionar-se de forma insatisfatória com a família, na escola, no trabalho e, pode-se acrescentar no ambiente hospitalar (Benetton, 1994).

O terapeuta ocupacional entende que "(a rotina institucional) mascara, no dia a dia, a identidade

de cada indivíduo que ali se encontra, isto é: seus desejos, seus sonhos, sua criatividade, seus sentimentos..." (Rodrigues, 2003) também entende e defende a necessidade de se cumprirem as regras e os horários estabelecidos pela rotina hospitalar. Assim, o terapeuta ocupacional busca oferecer ao paciente um lugar de expressão da individualidade das suas ações, proporcionando-lhe um espaço de entendimento com a equipe sobre a rotina hospitalar, bem como estabelecer suas necessidades no desenvolvimento dos seus cuidados de forma individual.

Os terapeutas ocupacionais, no âmbito hospitalar, vão lidar diretamente com a rotina e não com o cotidiano do indivíduo. Porém, podem fornecer um espaço de vivência para assimilar novas ideias, que vão auxiliar o indivíduo a reconstruir, retomar ou criar seu cotidiano, já que "(a organização de cotidianos) tem início desde que uma relação se instale na transferência, permitindo que, através de atividades construídas, esse cotidiano tenha significado para o sujeito em Terapia Ocupacional" (Benetton, 2008).

Partindo, então, dos meus conhecimentos empíricos, percebi que os pacientes (geralmente mulheres), durante os atendimentos no leito, traziam consigo várias dúvidas e inseguranças de como e quando deveriam realizar suas atividades após a cirurgia com o braço do lado da mama operada, refletindo toda a dificuldade da ruptura da vida cotidiana. No relato de muitas pacientes, observava uma forte relação afetiva com o cônjuge, o trabalho e os filhos. Segundo Benetton, "a Terapia Ocupacional é a arte de aplicar conhecimentos científicos e empíricos e certas habilidades específicas, decorrentes do uso de atividades, a criação de estruturas, dispositivos e processos que são utilizados para converter recursos físicos, psicológicos e sociais em formas adequadas à prevenção, manutenção e tratamento em Saúde, Educação, na área Social e outras correlatas" (1994, p. 6).

As informações que as pacientes traziam consigo eram do senso comum: nunca mais poderiam realizar atividades com o braço do lado da mama operada, "porque a área iria inchar". Esses relatos, muitas vezes, vinham acompanhados de choro e de desespero por muitas pacientes, porque precisavam trabalhar e cuidar de seus lares, e haviam sido informadas de que não mais poderiam realizar suas atividades anteriores à cirurgia. Ao expor o sofrimento, a paciente não apenas revela a sua dor, mas também sua forma de expressar valores, ou até mesmo o seu universo perceptivo. Embora não seja possível entender a totalidade de sua dor na dimensão do que ela sente, há como compreender as reações de uma pessoa com diagnóstico de câncer em determinadas situações.

Nesse momento, o paciente pode deixar de viver, de dar continuidade à sua história de vida. Dessa forma, o "eu" pode deixar de interagir no processo, fragmentando a concepção de como conceber a nova situação, como codificar, agir, pois as estratégias com as quais contava, antes do adoecer, perdem a razão de ser diante das novas circunstâncias.

Segundo Heller (1970), o homem participa da vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela se colocam em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias. Todas as coisas do dia a dia já são sinônimas de assimilação das relações sociais.

Como terapeuta ocupacional, passei a refletir sobre o relato das pacientes e o significado de cada momento em que se encontravam as mesmas. Assim, comecei as pesquisas na área de mastologia e também dei início a um levantamento de dados sobre folhetos que eram entregues aos pacientes nos hospitais.

Tais folhetos, porém, traziam figuras bastante “deprimidas” e com várias proibições, o que chamou minha atenção como profissional.

Dessa forma, meu trabalho no hospital passou a ter início ao receber encaminhamentos por interconsultas para atender na enfermagem no pré e pós-operatório, tendo como objetivo orientar as pacientes nas atividades que vão desde os cuidados pessoais até aquelas necessárias em cada momento vivenciado por elas, explicando o porquê deveriam realizar os movimentos com o braço do lado da mama operada e para quê deveriam fazê-lo.

Ao abordar a paciente, eu me apresento e falo sobre a importância do papel do terapeuta ocupacional, esclarecendo sobre os procedimentos de trabalho durante o período de tratamento, que podem ocorrer na internação, no retorno médico e/ou no ambulatório. Durante o meu atendimento e avaliação, fui considerando dados relevantes à realidade social, conceito de saúde e doença, idade, variáveis psicológicas, relação familiar, condições clínicas, significado que cada pessoa em particular atribui à doença, seus antecedentes culturais, educacionais, religiosos e sociais. Essa investigação permitiu-me identificar elementos relevantes sobre o fazer do indivíduo, antes e após o adoecimento. Assim, compreender qual lugar o fazer ocupa na vida da paciente é um dado imprescindível para que o terapeuta ocupacional possa abordar tanto os aspectos saudáveis como suas potencialidades.

Benetton (1994) aborda toda investigação da coleta de dados do paciente através do diagnóstico situacional, que retrata as condições sócio emocionais e culturais apresentadas pelo indivíduo. Não se trata de um diagnóstico clínico fechado, mas de investigações constantes em relação ao sujeito-alvo durante o procedimento terapêutico, em que se busca abordar cada aspecto do momento de vida do paciente e seu contexto.

Nesse período, passei a coletar dados - expressos verbalmente pelas pacientes - da real necessidade e dúvidas acerca da realização de suas atividades, pois traziam consigo informações errôneas do que poderiam desenvolver com o braço do lado da mama operada. As experiências coletadas foram, para mim, de grande importância na montagem de um folheto com informações educativas, simples e objetivas a cada fase de evolução no pós-operatório das pacientes. Esse folheto foi desenvolvido em 1998 como parte da conclusão do curso de especialização em mão.

Segundo Merhy (1997), o campo da saúde não deveria ter como objeto a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, ou seja, ele deveria ser o lugar de produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais se pode chegar à “cura” ou a um modo qualificado de se levar a vida.

É preciso lembrar que as intervenções do terapeuta ocupacional estão assentadas na relação triádica terapeuta-paciente-atividades, propondo um constante trânsito pelos mundos interno e externo, o que abre um dispositivo para o espaço de historicidade que permite caminhar nele. Segundo Ferrari (2005), o setting da terapia ocupacional se caracteriza por ser mediador, sendo o verdadeiro lugar no qual se efetivam as construções / reconstruções das fronteiras que possibilitam a inserção de uma nova história.

O ensinar e o aprender, pressupostos de ação educativa, são diretamente dependentes da dinâmica de sustentação e apoio (transferência positiva) que o terapeuta ocupacional favorece em um setting de Terapia Ocupacional (lugar e espaço de construção e fazer, por isso, sempre passível de ser ampliado mais além da sala) (BENETTON, TEDESCO, FERRARI, 2004).

Assim, durante os atendimentos com as pacientes mastectomizadas, lhes proporcionei a construção

de uma nova história diante daquela apresentada por elas, além de propor diferentes atividades em diferentes possibilidades do fazer durante a internação e após alta hospitalar.

No processo terapêutico ocupacional, é primordial considerar as reais necessidades do indivíduo, a relação e o significado que as atividades representam e assumem para si, bem como precauções e/ou contraindicações em relação ao braço do lado da mama operada, no momento da seleção e ou indicação de atividades.

No uso das atividades na Terapia Ocupacional, segundo Benetton (1994), é preciso fazer-fazendo, definindo assim o início da intervenção da terapia ocupacional. Isso justifica o que eu já vinha realizando no hospital, tanto na criação do folheto para a realização das atividades no pós-operatório, como nas atividades em grupo durante o período de radioterapia.

Atividades desenvolvidas durante a radioterapia

Atualmente, a separação do lar acontece durante cerca de um mês - nos casos em que a paciente se desloca de sua cidade ou estado para buscar recursos de atendimentos em radioterapia em hospitais especializados em oncologia. Durante o período de tratamento, diante do adoecimento, o indivíduo pode apresentar alterações psicológicas por causa da preocupação com a família, com seus afazeres e também com o significado da nova rotina, sua individualidade, história de vida, espiritualidade, cultura, personalidade, apoio familiar, suas crenças, mitos e costumes. Esse período em que fica longe dos seus e se encontra com pessoas na mesma situação é momento de grande busca de nova história e mudanças.

Durante o tratamento de radioterapia, as pacientes recebem atendimentos no setor de terapia ocupacional duas vezes por semana, em grupo,

com duração entre uma e duas horas. Nesse momento, é apresentada a elas uma possibilidade de realizarem todas as atividades de interesse. A escolha das atividades - que podem ser de necessidade individual ou do grupo - leva em conta, de forma educativa, o cuidado com o braço do lado da mama operada. Benetton relata dois tipos de dinâmicas relacionadas às atividades grupais: a primeira, em que cada paciente faz sua atividade e mantém uma relação individual com o terapeuta, chamada de grupo de atividades; a segunda, quando os pacientes resolvem fazer uma única atividade em conjunto e o terapeuta mantém o grupo nessa relação de trabalho, chamada atividade grupal. Durante o período de radioterapia, a escolha das atividades em grupo com pacientes mastectomizadas se justifica pelas vantagens econômicas que esse tipo de abordagem oferece, além da importância da troca de informações entre as pessoas do grupo, por vivenciarem a mesma situação e terem as mesmas dúvidas. Outro fator importante é o poder fazer, com o terapeuta, as atividades da vida cotidiana utilizando o braço do lado da mama operada de forma educativa, além de aprender como diminuir gastos de energia com o braço, como, por exemplo, ao cozinhar, passar, limpar a casa, voltar às atividades de trabalho ou, até mesmo, descobrir e aprender novos afazeres. Os movimentos do braço são importantes, porém a consciência acerca deles é um aspecto que merece consideração. A execução de uma atividade qualquer não significa que saibamos, mesmo que superficialmente, tudo o que está envolvido nesse ato. Se tentarmos executar uma ação atentando para cada movimento em particular, logo descobriremos que a mais simples e comum delas é um mistério e que não temos absoluta ideia de como isso é realizado.

Para a paciente, num primeiro momento, as atividades são vistas como uma chance para

preencher o ócio que a própria enfermidade traz. Durante os procedimentos de terapia ocupacional, a paciente reconhece seus interesses, suas habilidades e potencialidades e que o “fazer” atividades não deve se restringir ao simples “fazer” e sim permitir a identificação de suas necessidades para superação de seus conflitos e alcançar independência na vida cotidiana.

Assim, começa o processo de codificação e concentração para ação: ao reunir fragmentos de sua experiência e transformá-los em novos elementos. A terapia ocupacional parte do princípio de que todos os seres humanos são de natureza produtiva, sendo úteis a si mesmos e ao outro, capazes de realizar atividades que estão ao seu alcance ou até em suas limitações. A especificidade é ocupacional, mas não em termos do simples ocupar: engloba vários aspectos da atividade humana. Através das atividades diversificadas, o terapeuta ocupacional resgata o indivíduo, sua potencialidade e capacidade de ação, processo esse capaz de transformar as situações e as pessoas por meio do envolvimento e da adaptação.

Nos processos de restabelecimento da saúde, a terapia ocupacional resgata um fator fundamental, pois é por meio do fazer atividades que se estimula o organismo a ativar um novo potencial de vida.

Conseqüentemente, o terapeuta ocupacional torna-se um facilitador do processo que permite a ação do fazer quaisquer atividades de forma simples ou modificá-las, de forma que o indivíduo possa motivar-se, criar, ter prazer e interesse para enriquecer sua vida de uma maneira geral.

Quando as atividades são específicas para ganho da mobilidade funcional, passam a despertar no indivíduo os desafios das novas condições para adaptar-se na rotina do dia a dia, englobando aspectos físicos, sociais e profissionais.

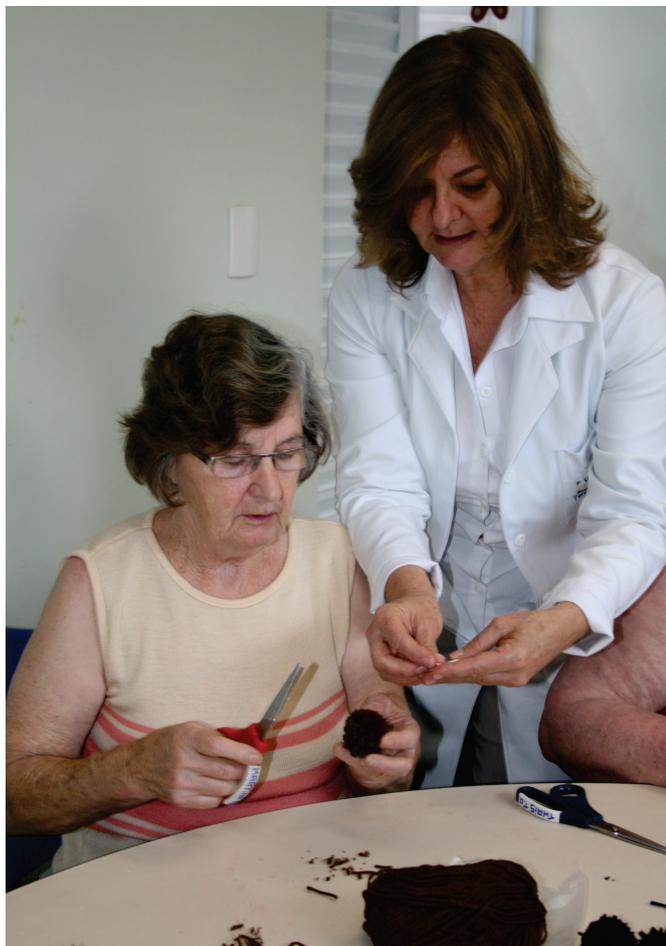
Benetton (2006) define: “A análise de atividades

deve ser localizada como técnica terapêutica propriamente dita, sendo o seu procedimento partilhado dinamicamente com o paciente”.

Após depoimento das pacientes que participam dos grupos, ficou claro que as orientações que recebem da terapia ocupacional para a execução das tarefas em casa e no trabalho facilitam a volta ao lar com tranquilidade, dissipando o temor – advindo do senso comum – de que haveria atividades impossíveis de serem realizadas.

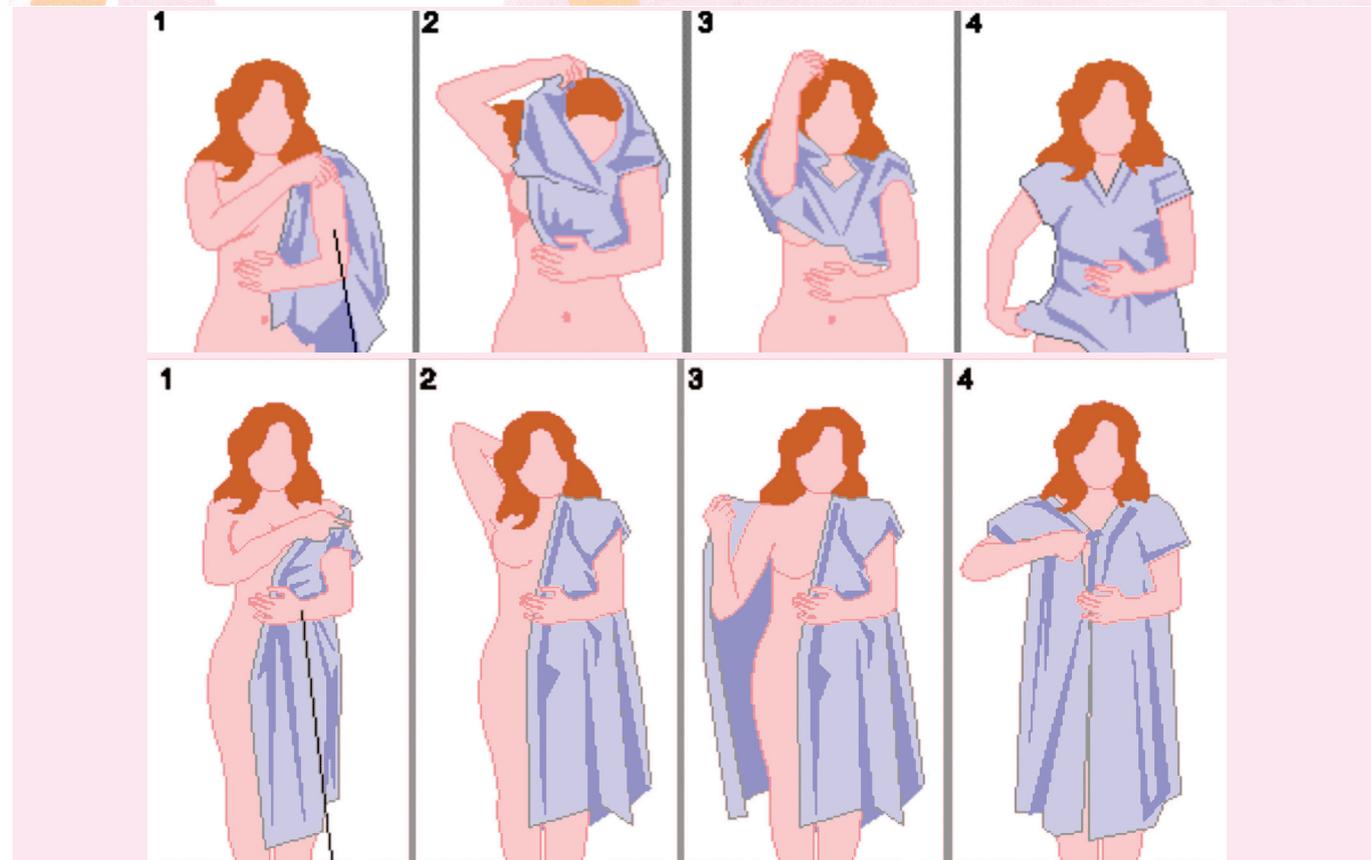
Faz-se necessário que o terapeuta ocupacional, no processo terapêutico, crie condições de uma via de mão dupla para inclusão do sujeito no seu mundo, nas suas vivências, durante o tratamento e pós-alta hospitalar. Como terapeutas ocupacionais na área oncológica, devemos estar preparados, dentro dos conhecimentos técnicos e científicos, para dar suporte ao paciente diante das mudanças repentinas que podem ocorrer, isto é, o inesperado – como uma possível volta do câncer (metástase). O procedimento do terapeuta ocupacional deve centrar-se na condição do momento – pois, novamente, passa a mudar a estrutura de vida do paciente –, tendo início um novo tratamento. Se necessário for, o terapeuta deve estender seus atendimentos aos familiares.

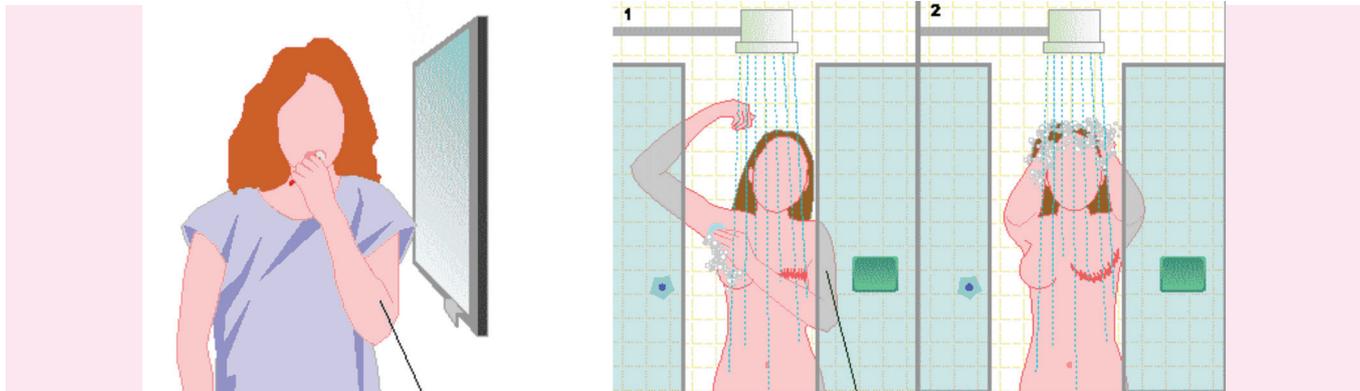
Segundo Ballarin (2007), discutir os caminhos da atuação do terapeuta ocupacional junto a familiares e cuidadores implica refletir sobre possíveis ações e necessidade de articulação entre elas. Dentre estas, destacam-se: ações de orientação, suporte, apoio e natureza social.



Durante todo o meu contato e experiência de 25 anos com pacientes mastectomizadas, ficou clara a importância do terapeuta ocupacional, por tratar-se de pessoas com alterações físicas, emocionais, sociais e por apresentarem limitações do fazer suas atividades na vida cotidiana com o braço do lado da mama operada. Pelo fato de o terapeuta ocupacional ser um mediador na reaprendizagem e conscientização do fazer de forma saudável, passei a vivenciar cada processo com a paciente, o que mudou o foco de suas preocupações: em vez do que NÃO PODEM FAZER, para o que PODEM FAZER.

Para melhor ilustrar essas orientações, criei um guia direcionado às pacientes pós-mastectomia.





Referências Bibliográficas

BALLARIN, M. L. G. S. **Cuidados Paliativos: Familiar e Cuidador em Pauta.** In Curso para Cuidadores Formais em Saúde. Campinas: Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas. Campinas, 2007. CD-ROM.

BENETTON, M. J. **Atividades: tudo que você quis saber e ninguém respondeu.** In Revista CETO nº 11. São Paulo: CETO - Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2008.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional.** Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO, 2006.

BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional Como Instrumento Nas Ações de Saúde Mental.** 1994. Dissertação (Doutorado em Terapia Ocupacional) – PUC-Campinas, Campinas, 1994.

BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. **Atividades e Dependência em um Método: Terapia Ocupacional Dinâmica.** In Clínica das fármaco dependências. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.

FERRARI, S. M. **Terapia Ocupacional e as fronteiras de seu território.** In Revista CETO nº 9. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2005.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde - um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec e Lugar, 1997.

PENGO, M. M. S. B. **A Terapia Ocupacional com Pacientes Mastectomizadas no Pós-Operatório.** 1998. 46f. Monografia (Curso de Especialização de Terapia da Mão) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

RODRIGUES, K. P. **Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida.** In Revista CETO nº 8. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2003.

SAMEA, M. **Terapia ocupacional e grupos: em busca de espaços de subjetivação.** 2002. 184f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

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

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

Ana Cristina Spinelli Caro

Terapeuta Ocupacional
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
Terapeuta Ocupacional da Prefeitura Municipal de
São Paulo desde 1991 (CAPS e UBS)
e-mail: ana.spinelli.caro@gmail.com

Augusta Oliveira Cesar de Carvalho

Terapeuta Ocupacional
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
Coordenadora NASF - Núcleo de Apoio a Saúde
da Família - pela Associação Saúde da Família
e-mail: augusta_carvalho@ig.com.br

Camila Camargo Santarosa

Terapeuta Ocupacional
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
e-mail: ca_santaros@yahoo.com.br

Maria Cristina Coelho

Terapeuta Ocupacional
Membro da diretoria da Associação de Terapeutas
Ocupacionais do Centro de Especialidades em
Terapia Ocupacional – “ETO – Espaço de Terapia
Ocupacional”.
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica – CETO
Especialização em Intervenção em Neuropediatria
- UFSCar
Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio a
Saúde da Família – Nasf – Embura, Parelheiros,
São Paulo.
e-mail: kricacoelho@gmail.com

Elenilda Fátima de Sena Nunes

Terapeuta Ocupacional
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica-CETO
MBA em Desenvolvimento de Gestores pela FGV-IBE
Preceptora do PET - Programa de Educação pelo
Trabalho/UNICAMP/Ministério da Saúde
e-mail: elensenato@hotmail.com

Elisabete Cipolla Petri

Terapeuta Ocupacional da Unidade Psiquiátrica
de Internação do Hospital São Paulo/UNIFESP e
Supervisora do Curso de Especialização de Terapia
Ocupacional em Saúde Mental da Unifesp.
e-mail: bete.petri.to@uol.com.br

Jô Benetton

Terapeuta ocupacional
Diretora do CETO
e-mail: ceto@terra.com.br
site: www.ceto.pro.br

Kátia Zerbinati

Terapeuta Ocupacional
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
e-mail: katia-to@uol.com.br

Loredana Locatelli de Carvalho

Terapeuta Ocupacional
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
e-mail: loredanalocatelli@hotmail.com

Colaboradores deste número

Márcia Maria Shirley Boletti Pengo

Terapeuta Ocupacional
Especialista em mão e membros superiores - 1998
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
Terapeuta Ocupacional do Hospital Amaral
Carvalho de Jau
e-mail: marciabpengo@hotmail.com

Quesia Botelho Fernandes

Terapeuta Ocupacional
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
e-mail: quesiabotelho@gmail.com

Rafaela Arrigoni

Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção
Psicossocial II Infantil Cidade de Ademar
Aprimoramento em Terapia Ocupacional em Saúde
Mental pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão
Preto. Formação Clínica no Método Terapia
Ocupacional Dinâmica - CETO.
e-mail: fafausp@yahoo.com.br

Sonia Ferrari

Terapeuta Ocupacional
Diretora do CETO
Diretora do Instituto "A Casa".
e-mail: sferrari@uol.com.br
www.ceto.pro.br

Taís Quevedo Marcolino

Terapeuta Ocupacional da Prefeitura Municipal
de São Carlos
De partida para o Departamento de Terapia
Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos
Doutora em Educação
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica
e-mail: taisquevedo@gmail.com

Tatiane Ceccato

Terapeuta Ocupacional do Programa de Pesquisa
e Atendimento ao Primeiro Episódio Psicótico da
Universidade Federal de São Paulo (PEP/UNIFESP).
Especialização em Saúde Mental pela Unifesp.
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - Ceto.
e-mail: tlceccato@uol.com.br

Thiene Rocha Bersan Felippette

Terapeuta Ocupacional
Especialista em Terapia Ocupacional na Saúde
Mental pela UNIFESP
Formação Clínica no Método Terapia Ocupacional
Dinâmica - CETO
e-mail: thienerbersan@gmail.com

Viviane Santalucia Maximino

Terapeuta Ocupacional
Professora Adjunto do curso de Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de São Paulo, membro do CETO.
e-mail: vivimax10@yahoo.com.br

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, 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 reapresentar o original ao articulista com sugestões para alterações de forma e/ou conteúdo, com a finalidade de alcançar coerência, clareza, fluidez e correção ortográfica e gramatical do texto, ou para adequá-lo às normas de publicação e de diagramação da revista CETO, particularmente no que se refere à forma das citações bibliográficas, sendo assessorada, nesta função, pelo conselho editorial.
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"¹
8. Pede-se especial atenção para as Notas, que deverão vir no final do texto (não no rodapé), e serem numeradas no artigo. Pedimos o favor de seguir rigidamente as regras indicadas abaixo:
 - a. Nomes dos autores: com maiúsculas somente na inicial do sobrenome, seguidos de vírgula e data. Exemplos: Ferrari, 1994.
 - b. Artigos, livros e capítulos de livros: títulos entre aspas, contendo o ano de publicação, sem sublinhar.
 - c. 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.
- 13- Os artigos aceitos não serão necessariamente publicados de imediato.
- 14- As opiniões sustentadas nos trabalhos publicados pertencem exclusivamente a seus autores.
15. Referências Bibliográficas: devem ser apresentadas de acordo com as recomendações da ABNT, 2000 (NB-6023)

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
www.ceto.pro.br e-mail: ceto@terra.com.br