

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

Alessandra Camargo Pellegrini

Resumo

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

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

Abstract

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

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

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

O Método

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Os procedimentos do Método são assegurados por uma transferência positiva, sendo o manejo da transferência da terapia ocupacional¹, aquele em que a terapeuta induz ao sentir e ao se relacionar, através da realização de atividades. Neste encontro bastante próximo, no qual os corpos se tocam e são tocados, uma enorme possibilidade de deposições de transferências são provocadas, nas quais a terapeuta pode representar uma rede

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

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

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

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

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

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

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

Neste sentido, a avaliação do paciente pode ser processual, ou seja, acontece concomitante ao processo terapêutico. Pois de acordo com Benetton, “...é no processo de realização de atividades que se estabelecem novos rumos para o fazer, a relação de ensinar, aprender, construir, inventar, criar, propiciada no fazer partilhado, abre espaço para a ocorrência de uma experiência individual prazerosa...onde fatos de vida são vividos de forma diferente.” Para mim, é neste espaço que se encaixa o brincar.

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

O Modelo Lúdico

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

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

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

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

Os objetivos gerais do Modelo Lúdico são estimular e desenvolver:

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

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

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

A Clínica

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

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

População-alvo

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

A terapeuta ocupacional/papel da terapeuta

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

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

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

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

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

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

Um espaço aberto para receber

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

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

Observação da dinâmica de realização das atividades / momento do desenvolvimento

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

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

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

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

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

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

Relação triádica

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

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

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

Função terapêutica/ação educativa

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

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

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

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

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

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

Conclusão

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

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

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

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

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

Referências Bibliográficas

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

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

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

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

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

Notas (endnotes)

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