

# Sobre reabilitar o que não se reabilita

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

## Resumo

O presente trabalho apresenta considerações acerca da clínica de terapia ocupacional<sup>1</sup> dinâmica junto a pacientes portadores de deficiência física. São apresentados os conceitos que subsidiam a clínica, as características da clientela e, paralelamente, as críticas ao modelo de reabilitação centrado na lesão.

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

## Abstract

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

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

**Keywords:** dynamic occupational therapy, physical rehabilitation, functionalist model

## Introdução

Benetton (1994,1999) conceitua o sujeito-alvo das ações de Terapia Ocupacional como aquele que se encontra desinserido socialmente e evidencia que o diagnóstico para a Terapia Ocupacional não é uma doença mas sim uma situação<sup>2</sup>. Além disso, refere que a doença e sua recuperação produzem um corte no cotidiano. A proposta da terapia ocupacional dinâmica é, justamente, promover a construção de um novo cotidiano através de suas técnicas centradas na relação triádica<sup>3</sup>.

Este ensaio trata da assistência em terapia ocupacional dinâmica a pacientes portadores de seqüelas físicas, especificamente seqüelas decorrentes de acidente vascular encefálico<sup>4</sup> (AVE).

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

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

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

### A funcionalidade

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

Benetton (1999) apresenta o caráter de funcionalidade na Terapia Ocupacional como tendo sido assumido por muitos autores, pelos precursores da profissão (Meyer, Simon e Schneider) e por muitos outros, e refere que, para tais autores, a ocupação deve ser funcional e atingir seus objetivos: funções mentais ou físicas deficientes ou pouco desenvolvidas merecem ações reativas na forma de exercícios ou atividade/exercício<sup>5</sup>. Benetton considera esta prática restritiva, tanto para o desenvolvimento da funcionalidade como para a inserção social.

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

A grande questão é: onde centrar a atenção? As autoras supracitadas esclarecem que a lesão, a seqüela, a marca, é real e necessita de cuidados mas, antes de tudo, está localizada no sujeito, em seu corpo e psiquismo. Eis aqui uma diferença entre o trabalho com psicóticos<sup>6</sup>, o externo no psicótico não é visível mas percebido socialmente pelo discurso e pelas ações, o olhar do de fora existe para o terapeuta, para a família, para os amigos, estando o psicótico bastante voltado para seu mundo interno. Já o deficiente carrega a marca visível para o olhar dos outros e para si próprio, tanto ao sentido da visão como para os sentidos cinestésicos e proprioceptivos, voltando-se também para seu mundo interno. Seu psiquismo também apresenta uma certa cisão com o mundo externo percebida através de suas ações e de seu discurso a respeito do que foi (para a lesão adquirida), do que é e do que deseja ser, que, num primeiro momento, é o desejar retornar a ser o que era ou o não ser diferente. Tais ações e discursos são aceitos socialmente, pois referem-se à imagem da incapacidade, do ser/estar doente como bloqueio para qualquer produção.

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

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

### A assistência

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

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

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

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

É na terapia ocupacional que, muitas vezes, essas pessoas são solicitadas a fazer algo pela primeira vez. Muitos chegam referindo que já conseguem escovar os dentes, fazer uso do vaso sanitário e comer sozinhos, nada mais. A escolha de projetos de atividades permeia diferentes dimensões. "Bela<sup>7</sup> decide pintar um quadro para a casa nova. Durante os últimos quatro anos, ela e o marido ficaram envolvidos com a construção da casa. Quase não se viam... Sua segunda atividade está sendo o desenho de um homem negro (ambos são de raça negra) bem durante uma briga com o marido sobre as dívidas antigas e nossas conversas sobre sexualidade. Bela participa de um grupo de terapia ocupacional com outras mulheres, nele está fazendo a capa e a contracapa de um diário, está se recuperando da afasia, quer as palavras de volta... O idéia do diário surgiu após seu comentário sobre seu quadro "droga" (havia feito com muito prazer, no final, mesmo sendo alertada que seria muito difícil fazer linhas tão finas, fez e não gostou do resultado). O diário aparece como uma indicação de atividade para ajudar no registro de sua melhora (ela tem dificuldades de perceber o quanto sua fala melhorou), no registro de nossa história, no registro de suas vivências..."

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

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

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

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

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

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

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

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

### Considerações finais

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

#### Referências bibliográficas

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

#### Notas

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