

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Renata Jamirys Silva Araújo

**A Atuação do Terapeuta Ocupacional em um Caso de Reabilitação Física:
Um Olhar Para Além do Corpo**

JOÃO PESSOA

2018

Renata Jamirys Silva Araújo

**A Atuação do Terapeuta Ocupacional em um Caso de Reabilitação Física:
Um Olhar Para Além do Corpo**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, sob orientação da Prof. Isabela Lemos Arteiro.

JOÃO PESSOA

2018

A659a Araújo, Renata Jamirys

A Atuação do Terapeuta Ocupacional em um caso de
reabilitação física : um olhar para além do corpo / Renata Jamirys
Silva Araújo. - - João Pessoa, 2018.

44f · il -

1. Terapia Ocupacional. 2. Relação Terapêutica. 3.

BS/CCS/UF

CDU:

RENATA JAMIRYS SILVA ARAÚJO

**A Atuação do Terapeuta Ocupacional em um Caso de Reabilitação Física:
Um Olhar Para Além do Corpo**

Trabalho de conclusão de curso apresentado Ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de bacharel Terapia Ocupacional.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Isabela Lemos Arteiro – UFPB
Orientadora

Profa. Dra. Ângela Dornelas - UFPB
Examinadora

Profa. Dra. Carolina Couto da Mata – UFPB
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com muito amor e gratidão, aos meus pais Renato e Joelma por serem os pilares da minha vida, e a Pérola por todo aprendizado e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer a importância do outro. Desta forma, sem a colaboração das pessoas mencionadas a seguir, minha jornada teria sido bem mais difícil e, talvez, até impossível.

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo incansável cuidado em graça e amor dia após dia, por ter colocado tantas pessoas maravilhosas em minha trajetória, por ter me apresentado a esta profissão tão linda e humana, por ter me guiado por um caminho que a princípio parecia distante da minha realidade e hoje é real. Agradeço por sua providência mesmo nos momentos de desesperança. Graças a Ele, alcancei a concretização deste sonho tão desejado.

Agradeço a Renato, meu pai, homem de caráter singular que me ensinou os principais valores dessa vida. Obrigada por ser minha inesgotável fonte de inspiração, por ter me proporcionado a chance de ter uma construção familiar com uma figura paterna tão presente e participativa, agradeço pelas incessantes demonstrações de afetos. A ele só gratidão por ser meu eterno porto seguro.

A minha mãe, Joelma, mulher única e incomparável que sempre foi minha luz em meio ao caos. A ela eu agradeço por todo incentivo, noite mal dormida, demonstração de cuidado em ato, por ser meu maior exemplo de generosidade e zelo, por me incentivar a cada sonho e principalmente pela importância da persistência para alcançá-los. Obrigada pelo reconhecimento e confiança depositada no meu trabalho nesses quatro anos. Gratidão pela oportunidade de me sentir tão amada da forma mais sincera possível.

Agradeço aos meus irmãos, Jefferson e Jônatas pela lealdade, proteção e amor.

Agradeço aos meus amigos, José Maria e Cida que sempre me incentivaram ao longo da caminhada.

Gratidão as amigas que fiz ao longo deste curso, Letícia, Juliana, Rafaela, Mariana, Cibeli, Iêda e Dani, juntas dividimos alegrias e angústias.

Agradeço a Raylan, fiel amigo, irmão de alma, que sempre esteve presente, cuidando de mim. Ao longo desses quatro anos compartilhamos experiências e vivemos de forma única a intensidade e o valor existente em uma amizade. Obrigada por sempre ter me incentivado e nunca ter me deixado desistir.

Agradeço a Brunna, amiga na qual dividi minhas inseguranças e alegrias sem receio; mesmo compartilhando das mesmas angústias, sempre fez questão de reafirmar

minhas potencialidades. A ela agradeço por ter me dado a oportunidade de ter sido acolhida pela sua família. Um obrigada especial a sua mãe, tia Inalda, por ser uma mulher fantástica, cheia de amor fraternal.

Gratidão aos meus pacientes, por terem me ensinado tantas lições com suas histórias de vida. Graças a eles, minha percepção da existência e dos laços construídos ao longo da vida foram ampliados.

Agradeço aos professores do departamento de Terapia Ocupacional da UFPB, por serem um diferencial no universo acadêmico. Obrigada, por todo esforço, sensibilidade e companheirismo no decorrer desta caminhada.

Em especial, agradeço a Marília, ser de luz, que me acompanhou desde o primeiro período mostrando que o papel da docência está muito além da sala de aula e de conhecimentos teóricos. Agradeço por não ter me deixado desistir, mesmo em um momento quando esta opção parecia única. Obrigada pelo exemplo de empatia.

Gratidão a professora Ângela, minha mãe na profissão. Agradeço pela possibilidade de crescer como pessoa e profissional a partir de seus conselhos e experiências. Acompanhou-me durante meu processo de amadurecimento no curso, ofertando socorro em tantos momentos de medo e insegurança. Sua história é inspiradora e trás esperança. Desconheço alguém que ame tanto e consiga transpassar tal afeto pela Terapia Ocupacional.

A professora Carolina, que tive a oportunidade de conhecer brevemente nesta reta final do curso e que trouxe reflexões importantes sobre este trabalho

A minha orientadora, Isabela, que aceitou o pedido de orientação mesmo sem me conhecer. Chegou de forma inesperada em um momento conturbado da minha graduação e trouxe-me muita paz. Obrigada pela compreensão, por todo investimento, dedicação e responsabilidade ao longo de todo processo de construção deste relato.

Obrigado a Pérola e seus familiares que possibilitaram a realização deste estudo. Sem escolher, o destino fez com que nossas trajetórias se cruzassem, possibilitando o ato de executar o que havia aprendido, cuidando do outro com muito amor e responsabilidade.

A todos eles, e a tantos outros que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta etapa, minha eterna gratidão.

EPÍGRAFE

“Quem reabilita o corpo, simultânea e concomitantemente reabilita a alma, já que continente e conteúdo fazem um só ser, um é a forma do outro”

(JORGE, 1999, p. 9).

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a atuação da Terapia Ocupacional desenvolvida por uma aluna do curso da Universidade Federal da Paraíba – UFPB em uma disciplina teórico prática entre os meses de agosto a outubro de 2016. Tem como objetivo principal analisar a intervenção da Terapia Ocupacional junto a uma pessoa adulta com Paralisia Cerebral, dando ênfase no processo de construção do vínculo terapeuta-cliente. O interesse em desenvolver o presente trabalho está atrelado ao desejo de compartilhar a trajetória da construção do vínculo terapêutico estabelecido na primeira experiência de uma aluna na graduação de Terapia Ocupacional. Com isso visamos sensibilizar a comunidade acadêmica e a classe profissional acerca da importância da formação e manutenção de uma relação terapêutica ao longo das intervenções para o favorecimento de uma prática humanizada. Para tanto, desenvolvemos um trabalho de perspectiva qualitativa, utilizando-se do modelo de relato de experiência. O conteúdo foi organizado no que chamamos três tempos do processo terapêutico, o que nos permitiu narrar a experiência com o caso. O relato nos permitiu concluir que a evolução do caso clínico só foi possível a partir da instalação do vínculo terapeuta-paciente-atividade, que favoreceu o envolvimento e adesão da paciente com o processo terapêutico desenvolvido a partir de uma prática holística.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional, Relação Terapêutica, Paralisia Cerebral.

ABSTRACT

Abstract The present work it is an experience report on the role of occupational therapy developed by a graduate student at the Universidade Federal da Paraíba - UFPB in a theoretical discipline practice between the months of August to October 2016. Has as main objective to analyze the intervention of Occupational Therapy with an adult person with Cerebral Palsy, with emphasis on the process of construction of the bond therapist-client. The interest in developing this work is coupled to the desire to share the history of the construction of the therapeutic bond established in the first experience of a student in the graduation of Occupational Therapy. With this we aim to raise the academic community and the professional class about the importance of the formation and maintenance of a therapeutic relation along the interventions for the favoring of a humanized practice. To do so, we developed a qualitative perspective, using the model of experience reports. The content was organized into what we call three times the therapeutic process, which allowed us to recount the experience with the case. The report allowed us to conclude that the evolution of the clinical case was only possible from the installation of the bond terapeuta-patient-activity, which favored the involvement and adherence of the patient to the therapeutic process developed from a holistic practice.

Keywords: Occupational Therapy, Therapeutic Relationship, Cerebral Palsy.

LISTA DE ABREVIATURAS

CETO – Centro de Estudos em Terapia Ocupacional

CNE – Conselho Nacional de Educação

MTOD – Método de Terapia Ocupacional Dinâmica

PC – Paralisia Cerebral

TO – Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1. Paralisia Cerebral na Perspectiva da Terapia Ocupacional	18
2.2. A Importância da Relação Terapêutica nas Intervenções em Terapia Ocupacional ..	21
2.3. O Fazer Em Terapia Ocupacional	26
3. OBJETIVOS	28
4. METODOLOGIA	29
5. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO	30
5.1. PrimeiroTempo – A Busca de uma Técnica.....	30
5.2. Segundo Tempo – As Insígnias do Encontro Terapeuta-Paciente	33
5.3. TerceiroTempo – Evidências da Importância da Relação Terapêutica	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS.....	40
APÊNDICE A.....	43
ANEXO A.....	45
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	45

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é um relato de experiência que discorre sobre as intervenções realizadas por estudantes do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba no período 2016.1, entre os meses de agosto a outubro de 2016, durante a disciplina de Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional e Cenários de Prática I, ofertada como requisito obrigatório e disponibilizada no quinto período da grade curricular. Trata-se de uma disciplina teórico-prática, cujas atividades são orientadas por professoras visando a aproximação do alunado junto a assistência em saúde no universo da Atenção Básica. Os espaços de intervenção se deram em grupos de convivência do bairro e em atendimentos domiciliares feitos por duplas de estudantes para com as famílias assistidas pela unidade de serviço; sendo esta última situação relatada neste trabalho.

Nos dois primeiros meses da disciplina, os alunos ficaram apenas em sala de aula, sendo trabalhado a preparação dos estudantes para a primeira vivência prática a partir da leitura e discussão de textos que abordavam relatos de intervenções da Terapia Ocupacional na Atenção Básica, a importância da identificação do território, a análise do contexto do paciente onde os atendimentos iriam acontecer – o *setting terapêutico*, neste caso, o ambiente domiciliar, destacando a importância da descrição ao adentrar na casa do usuário; além da importância da construção e manutenção de um vínculo saudável ao longo da relação. Posteriormente a esses dois meses, deu-se início às práticas supervisionadas na comunidade; concomitantemente tínhamos encontros em sala para discussão dos casos.

A sala de aula foi um espaço aberto para a colocação de dúvidas, receios, angústias e outros sentimentos que precedem e acompanham as vivências iniciais para além dos muros da universidade. Nos encontros, as professoras consideravam o espaço e tempo do cotidiano de prática dos alunos, buscando assim, trabalhar o manejo de aspectos emocionais e relacionados ao desenvolvimento do raciocínio clínico sobre um olhar individualizado para cada aluno, estimulando a construção coletiva acerca de um aprendizado de forma horizontal, desenvolvendo o protagonismo do estudante frente aos desafios de maneira responsiva.

Nesse sentido, o presente trabalho relata a experiência de um desses casos dos atendimentos domiciliares supervisionados, realizado por dois alunos concomitantemente. A referida paciente – Pérola, foi assistida em 10 sessões, tem 51

anos, é aposentada, tem diagnóstico de Paralisia Cerebral, mora com três irmãs e um sobrinho. Nos últimos dez anos, passou a utilizar cadeira de rodas e suas habilidades funcionais regrediram consideravelmente, sendo dependente da sua irmã para as atividades do cotidiano. Segundo sua principal cuidadora, após a morte da mãe a família passou por muitos reajustes, Pérola teve grande mudança de comportamento demonstrando um estado de embotamento emocional, possui um forte elo com esta sua irmã-cuidadora.

A principal queixa levantada pela cuidadora sobre Pérola era em relação à sua comunicação, devido ao comprometimento com o passar do tempo da musculatura orofacial, pois a mesma apresentava fala incompreensível, sendo possível compreender apenas poucas palavras emitidas por ela. No início dos atendimentos, Pérola demonstrava desinteresse em se expressar, sendo este um dos motivos que inviabiliza o exercício de sua autonomia e na realização dos cuidados feitos pela sua irmã. Tinha um considerável encurtamento dos tendões flexores do punho e foi prescrita órtese de posicionamento ventral para ambas as mãos, recurso este, que era de difícil aceitação. Demonstrava, ainda, uma desorientação espaço-temporal.

Pérola demonstrava interesse por músicas e bonecas, sinalizando um aspecto infantilizado em seu comportamento, o que costumava ser reforçado pela família. Passava o dia inteiro no cômodo da sala onde ficava sua cama, e alternava a postura de deitada neste mobiliário para sentada na cadeira de rodas. Tinha sido ofertado atendimento fonoaudiológico pela UBS do bairro, mas a mesma recusou à profissional; fazia fisioterapia há mais de um ano, mas não demonstrava fácil aceitação. Vinha sendo acompanhada por estudantes da Terapia Ocupacional há seis meses.

Diante do exposto, este caso foi desafiador, mas ao mesmo tempo muito gratificante, tendo um significado especial na formação profissional dos terapeutas aprendizes. Várias emoções perpassaram esse encontro: ansiedade, medo, alegria, insegurança, surpresa, satisfação, empatia, confiança, descoberta e amor. Reconhecer a existência desses afetos foi fruto de um processo de autoconhecimento e amadurecimento; o manejo dele levou muitas vezes os estudantes a estarem frente ao fenômeno de afetação pela história de vida da paciente. Acredito que tal fenômeno é impossível de não ser vivido em uma relação empática, quando o profissional se dispõe a estar aberto a conhecer o mundo do outro.

A curiosidade em saber sobre o mundo de Pérola impulsionou na busca de conhecimento sobre a mesma, o que favoreceu o estreitamento dos laços. Para isso, foi

necessário o refinamento sobre o aspecto da observação: cada olhar, sorriso, expressão, som e outras pequenas percepções foram utilizadas para a interpretação acerca dos seus desejos, criando, assim, uma atmosfera rica em sensibilidade e aberta para o protagonismo da paciente.

O desabrochar da paciente ocorreu na medida em que o investimento por parte dos estudantes foi possível, ao passo que, trabalhávamos em supervisão as estratégias que trouxessem significado e engajamento. Foi dado espaço para o ato de “fazer” de ambas as partes, principalmente da paciente, em que tal ação se tornou mais expressa e visível.

Foi nesta troca muito particular de cuidado que a relação foi se consolidando. Enquanto era possível se atentar para a satisfação da paciente aflorando, foi também sentida por parte dos estudantes, satisfação referente à participação em todo o processo enquanto facilitador. Não era apenas Pérola fazendo uma atividade, mas sim alguém junto a ela (aluno) favorecendo esse desenvolvimento e buscando o mínimo de interferência de significados possível, dando espaço para o surgimento de um fazer livre (paciente) e um “saber fazer” (aluno) na condução do processo.

Esse “saber fazer” para com ela, assim como para com tantos outros pacientes que tive até agora, possibilita o processo de amadurecimento à medida que se avança em experiência. Este “saber fazer” demanda investimento por parte de quem cuida e reconhecimento das potencialidades sobre quem se está cuidando.

Sem dúvidas, o maior aprendizado que obtive dessa experiência foi o fato de olhar para além do óbvio, do que se é palpável, nesse caso a questão motora de Pérola. Foi preciso o trabalho de lapidar a sensibilidade para adentrar no mundo dela e realizar um trabalho que a enxergasse de forma holística, considerando seus desejos e compreendendo sua subjetividade a partir do não dito em palavras. Tive assim, a oportunidade de participar como facilitadora de um processo de empoderamento e protagonismo do ser ocupacional da paciente em questão.

1. INTRODUÇÃO

Para a Terapia Ocupacional a relação terapêutica sempre foi salientada ao longo de sua história (OLIVEIRA, 2013). Considerar sua psicodinâmica é de grande importância para a evolução do processo terapêutico, no qual o indivíduo deve ser visto de forma holística. É nessa relação, marcada pelo encontro de dois indivíduos singulares, que ocorre a estruturação da prática da Terapia Ocupacional. Daí a importância de emprendermos pesquisas que se dediquem a este fenômeno.

Diferente de outras atividades profissionais, na Terapia Ocupacional a relação terapêutica é constituída pela tríade paciente-terapeuta-atividade. Esta última tem o potencial de através do fazer, trazer elementos do mundo interno para o mundo externo, sendo um meio de comunicação. Assim, para o desenvolvimento da dinâmica relacional é preciso que haja interação entre os elementos da tríade (BENETTON, 1994). A interação entre eles favorecerá a troca de conhecimentos entre o saber do paciente e o saber profissional.

Dessa forma, este estudo tem por objetivo analisar a intervenção da terapia ocupacional junto a uma pessoa adulta com paralisia cerebral, com ênfase no vínculo terapeuta-paciente. Esperando, com isso, consolidar o olhar da comunidade acadêmica e da classe profissional acerca da importância da relação terapêutica ao longo do processo, visando o favorecimento de uma prática humanizada.

O interesse por este tema surgiu a partir de uma importante experiência enquanto aprendiz em Terapia Ocupacional na Universidade Federal da Paraíba, cujo vínculo com a paciente foi fundante da construção de um processo terapêutico. Ao retomar o caso, percebemos a singularidade de cada encontro, convocando-nos, assim, a investigar de maneira mais minuciosa, através desta pesquisa, a psicodinâmica das relações humanas. Isso compete à necessidade de transcender as barreiras relacionais que, por vezes, pode se apresentar como obstáculo no processo terapêutico.

O trabalho encontra-se organizado da seguinte maneira: no referencial teórico apresentamos alguns conceitos que norteiam a temática deste estudo, como as características da paralisia cerebral e a atuação da Terapia Ocupacional com este público. Discutimos a relevância da relação terapêutica na profissão, elencando conceitos provenientes desta temática, tais como a tríade terapeuta-paciente-atividade e a importância da observação de pequenas percepções como o olhar. Por fim, dedicamos

um espaço para a apresentação do “fazer” na Terapia Ocupacional, considerando ambos atores deste processo: terapeuta e paciente.

Em seguida apresentamos a metodologia utilizada, sendo um relato de experiência, qualitativo, de caráter exploratório, descritivo com temporalidade transversal, em uma disciplina obrigatória do curso de Terapia Ocupacional da UFPB, no período de 15 de agosto à 31 de outubro de 2016.

Optamos por apresentar os resultados conjuntamente coma discussão. Este tópico foi dividido em três tempos, o primeiro diz respeito ao relato que precede o início da relação terapêutica, o primeiro encontro e a observação da necessidade de mudança de planos durante o percurso, expondo principalmente o anseio dos estudantes no início da prática. O segundo tempo é referente à narrativa correspondente à instalação do vínculo terapeuta-paciente. O terceiro e último tempo traz a importância da vinculação do paciente com a atividade dentro da dinâmica relacional a fim de sustentar a relação terapêutica. Aqui abordamos a construção do fazer livre e criativo, junto à apresentação dos resultados obtidos ao longo dos atendimentos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Paralisia Cerebral na Perspectiva da Terapia Ocupacional

Em 1843, o ortopedista inglês Willian Litle fez o primeiro registro acerca de uma patologia identificada nos primeiros anos de vida, que tinha como característica principal a rigidez muscular nos membros superiores e inferiores, assim como comprometimento na postura e no controle motor, que com o passar dos anos não apresentava progressões, mantendo-se estável. Em 1887, Sigmund Freud associou outras características à descoberta de Litle, como a presença da deficiência intelectual, distúrbios visuais e convulsões, utilizando pela primeira vez ao achado de Litle o termo Paralisia Cerebral (ROTTA, 2002).

A Encefalopatia Crônica Não-Progressiva da Infância (ECNPI), comumente chamada de Paralisia Cerebral (PC) são distúrbios motores (postura e tônus) secundários a lesão no cérebro em desenvolvimento, ocorrida desde a fase embrionária até os dois anos de idade, podendo apresentar sintomatologia variada, que caracteriza a gravidade do comprometimento neuromotor (ALVES et al., 2004).

Existem diversos fatores de riscos responsáveis pelo surgimento da Paralisia Cerebral, muitos deles associados à mãe, referentes à gestação e ao parto. Os fatores mais citados na literatura são a hipóxia/isquemia perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascimento, infecção intrauterina e causas genéticas (PATO et al., 2016). No Brasil, as principais causas são perinatais, sendo mais comum a encefalopatia hipóxico-isquêmica, cuja manifestação clínica comumente associada é a espasticidade (TEIXEIRA et al., 2003).

Embora a lesão neurológica na PC seja não progressiva, os agravos em saúde aumentam com o tempo, sendo comum no indivíduo adulto casos de: osteoporose, fraqueza, diminuição da flexibilidade muscular, deformidades ortopédicas e limitações nas atividades funcionais (MARGRE; REIS; MORAIS, 2010). Existem algumas medidas de recomendação para o PC adulto, como: não utilização de terapêuticas intensivas em situações de baixa autonomia, mas sim uma abordagem de manutenção do quadro clínico (BRASIL, 2013). Vale ressaltar que para além dos comprometimentos biológicos de uma pessoa com paralisia cerebral, também há que se considerar as sérias dificuldades no que diz respeito à socialização.

Ao longo da história, a sociedade sempre demonstrou dificuldade em aceitar a diversidade por possuir um conjunto de representações tidas como “normais”, caracterizando, assim, um cenário de segregação e exclusão. Dentro deste cenário, pode-se entender a deficiência como uma expressão da diversidade e diferença, sendo alvo de desigualdade social, preconceito e estigma, uma vez que, características que fogem à normalidade a acompanham (SOUSA; NASCIMENTO, 2013).

Dentro do modelo biomédico, a deficiência é vista com ênfase nos aspectos patológicos, ou seja, as incapacidades que colocam o sujeito em uma condição inadequada para a vida em sociedade. Para este modelo, o alcance de uma melhor qualidade de vida está diretamente relacionado ao avanço da ciência e das técnicas. Para o modelo social, as características próprias de um sujeito com paralisia cerebral não são vistas através de um viés incapacitante, cujo fator biológico é sobrevalorizado. O que interessa a esse modelo é compreender as relações estabelecidas pelo sujeito em seu laço social (SOUSA; NASCIMENTO, 2013). Logo, existe a necessidade de compreender com maior profundidade a representatividade da pessoa com deficiência, para ser possível ressignificar as formas de organização social, resultando em uma sociedade inclusiva que considere a singularidade de cada sujeito (LACERDA *et al.*, 2011).

O indivíduo com paralisia cerebral é acompanhado por uma equipe multiprofissional de reabilitação que precisa estar em constante integração; as intervenções clínicas serão indispensáveis para a estimulação do desenvolvimento de vários aspectos do sujeito (LUCENA *et al.*, 2012). Um dos profissionais que integra a equipe multiprofissional de cuidado à pessoa com paralisia cerebral é o terapeuta ocupacional.

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2015), a profissão de Terapia Ocupacional se debruça a estudar o cotidiano de pessoas e grupos, fazendo o uso terapêutico das ocupações com o objetivo de melhorar ou possibilitar a participação em papéis e tarefas do dia a dia, proporcionando assim, autonomia e independência a sujeitos que apresentam prejuízos ocupacionais.

Nos indivíduos com ECNPI, existe o comprometimento principalmente nas habilidades de desempenho de atividades cotidianas de autocuidado e de interação social. O trabalho desenvolvido pela Terapia Ocupacional irá favorecer o processo do “fazer”, olhando para o indivíduo como um ser ocupacional. Algumas das intervenções técnicas possíveis, diz respeito a prescrições de materiais de Tecnologia Assistiva,

facilitação de movimentos, o contato com experiências e aprendizagens sensoriomotoras, estimulação das funções cognitivas e perceptivas, entre outras práticas (TEIXEIRA, 2003).

Vale ressaltar que o isolamento e a fragilidade psicoafetiva é algo frequente no público com ECNPI. Sendo necessário pensar em ações que favoreçam a socialização (BRASIL, 2013). Logo, a Terapia Ocupacional desenvolve práticas voltadas para a inserção social, cuja ação não se relaciona aos parâmetros exclusivamente clínicos.

O profissional de Terapia Ocupacional buscará analisar as condições do desempenho ocupacional de seu cliente, tal análise compreende “a compreensão da interação complexa e dinâmica entre os fatores dos clientes, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e os contextos e ambientes, juntamente com as exigências da ocupação da atividade a ser realizada” (AOTA, 2015, p.10). Logo, ele deverá propor maneiras mais saudáveis de realização das atividades cotidianas, oferecendo novos significados e percepções de vida e resignificando o dia a dia desses sujeitos de maneira holística e humanizada. Galheigo (2003) fomenta que:

O terapeuta ocupacional tem, portanto, uma posição privilegiada ao poder contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito. O poder refletir a vida cotidiana e suas determinações, esse olhar estrangeiro para o que parece rotina imutável, contribui de forma marcante para os movimentos de autodeterminação do sujeito, de reorganização do coletivo e resignificação do cotidiano (GALHEIGO, 2003, p. 108).

Dessa maneira, o terapeuta ocupacional desenvolverá um raciocínio clínico com vistas nas áreas de ocupação humana (AVD - Atividade de Vida Diária, AIVD - Atividade Instrumental de Vida Diária, Descanso e sono, Lazer, Brincar, Trabalho e Participação Social), garantindo uma atenção integral às demandas e necessidades do indivíduo (AOTA, 2015). No trabalho do terapeuta ocupacional está previsto o desenvolvimento das potencialidades de cada sujeito, o exercício da cidadania e a busca por autonomia, utilizando-se da atividade como instrumento de tratamento e/ou transformação, associando a mesma o poder de expressão e comunicação (FERIOTTI, 1997).

2.2. A Importância da Relação Terapêutica nas Intervenções em Terapia Ocupacional

Existe uma forte tendência por parte dos profissionais de saúde, no que tange aos conhecimentos e intervenções, de se voltarem sobremaneira àquilo que se impõe como patológico. Tal percepção é expressa na subvalorização da psicodinâmica do encontro terapêutico por tais profissionais, desprezando elementos cruciais ao processo de evolução clínica (JORGE, 1999).

Tendo em vista a percepção supracitada e a fim de fazer uma crítica a determinados modos de funcionamento de muitos profissionais que se dedicam às “práticas do cuidado”, o presente trabalho vem chamar atenção para a importância da valorização do encontro terapêutico como um recurso de intervenção. Em outras palavras, para a Terapia Ocupacional a subjetividade precisa ser considerada a fim de que a relação terapeuta-paciente possa ser estabelecida com vistas no sucesso terapêutico.

Para amparar-nos nesta discussão faz-se necessário introduzirmos a noção de vínculo terapêutico. De acordo com Cunha et. al. (2009), a palavra vínculo tem origem do latim *vinculum* (atar) e significa uma união entre “eu” e o outro, ligação de uma pessoa ou coisa com outra, estabelecida sempre a partir das singularidades envolvidas.

O autor Pichon-Rivière (2007) prevê que à medida que se trabalha a construção de vínculo dos profissionais de saúde nas relações terapeuta-paciente evita-se a redução da prática à aplicação de métodos e técnicas que visem à doença. A terapia proporciona um leque de sensações e emoções responsáveis pela criação de um ambiente que seja possível o enfrentamento das angústias e adversidades que o paciente traz consigo em sua história, permitindo, assim, o aparecimento da subjetividade do paciente em questão. O profissional deve ir ao encontro do conhecimento de mundo do cliente para pautar sua prática humanizada.

Os elementos necessários à construção do vínculo podem se apresentar através da palavra, do discurso, da narrativa, mas também através de expressões não verbais, tais como o olhar, movimentos do corpo, expressões faciais e gestos. A apreensão de elementos dessa natureza exige do profissional acessar sua própria sensibilidade, ter um olhar atento e perspicaz, especialmente nos casos em que a fala deixou de ser um recurso de comunicação no vínculo terapeuta-paciente.

Essa concepção de trabalho, que transcende a dimensão corporal, ascendendo a uma perspectiva integral e holística do sujeito é abordada no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica – MTOD destacado por Benetton (2013). O MTOD se distancia dos paradigmas médicos e da reabilitação, debruçando-se a estudar a clínica da Terapia Ocupacional tendo como paradigma norteador a relação triádica – terapeuta-paciente-atividade – capaz de potencializar mente, corpo e saúde através da vontade e do fazer do homem (BENETTON & MARCOLINO, 2013). Na tríade, o terapeuta não é voltado para a doença, mas para o homem em sua particularidade, possuidor de uma lógica própria, devendo ser tomado como protagonista no processo de cuidado (ALMEIDA et Al., 2010).

No MTOD, a atividade será o principal recurso terapêutico; a construção da mesma resulta da relação dinâmica do sujeito com o ambiente, através da facilitação do fazer. Logo, o *setting* terapêutico deve ser, antes de mais nada, um espaço de construção, em que a atitude da terapeuta não tendencie significados, mas crie um cenário em que a significação possa aflorar (FERIOTTI, 1997). Nessa lógica, a atividade será “um elemento provocador de comunicação, que através do fazer traz elementos do mundo interno para a vivência externa” (BENETTON, 1994, p.95).

O terceiro elemento da tríade corresponde às atividades humanas que apresentam alguns elementos constituintes, como as sensações, os significados, os pensamentos e os movimentos, sendo elas, experiências das linguagens não verbais e sensoriais e que resultam no ganho da responsividade e do compromisso com o mundo e com as coisas que nele coexistem. Além disso, a atividade pode ser entendida como um agente transformador do cotidiano, capaz de expandir a comunicação, o empoderamento através do crescimento pessoal, autonomia e interação social (CASTRO, 2000). Nesse sentido, “as atividades podem ser recurso para a expressão não verbal de impulsos e fantasias, diminuição do embotamento afetivo, promoção da aprendizagem e eliminação de sintomas” (ISIDORO, 2000, apud LIMA et al., 2013, p. 246).

Com a articulação dos três elementos, terapeuta-paciente-atividade, é possível pensar em termos de uma relação terapêutica (ALMEIDA et al., 2010). O “entrelaçamento terapêutico”, termo criado por Mattingly (2007), é sustentado na dinâmica da relação triádica, em que os três elementos em constante movimento desvendam o mundo interno e externo de todos os participantes.

Segundo Robbins (1987, apud VILLARES, 1955, p. 46) o que acontece em um processo terapêutico é fruto das tentativas que o terapeuta vai criar em relação às várias formas de comunicação e de estruturas de sustentação que facilitaram a integração dos meios, que podem ser desde a expressão de aspectos objetivos e subjetivos à organização concreta de tarefas a partir do fazer. O modo de funcionamento da relação terapêutica será sempre singular, pois é construído a cada momento ou situação, podendo ser observado em apenas uma sessão ou em várias (VILLARES, 1995).

Alguns autores lançam mão da conceitualização preconizada pela teoria psicanalítica, mais especificamente por Sigmund Freud (2012), a transferência, para interpretar e discutir questões referentes ao âmbito da clínica e da relação terapeuta-paciente. Tal o conceito é compreendido como o deslocamento dos afetos e sentidos destinados a pessoas da história de vida do sujeito para pessoas do presente, especialmente aqueles que se dedicam às práticas de cuidado. Dito de outro modo, no decorrer do processo relacional, o paciente atribui significados ao terapeuta como se o mesmo fosse alguém do passado (aquí cabe o destaque para as figuras parentais). Tal transferência independe da terapia ou do terapeuta; é um fenômeno humano natural. Nela pode existir atribuições a sentimentos eróticos, positivos e negativos e a mesma tende a desaparecer à medida que o paciente passa a refletir sobre o fato do terapeuta não ser uma atualização de sua experiência (JORGE, 1999). A transferência do paciente desperta no terapeuta a contratransferência, sendo este fenômeno compreendido como um conjunto de sentimentos do profissional para com o paciente (LOPES, 2011).

Na Terapia Ocupacional o conceito de transferência é dotado de uma particularidade, a partir do momento em que a prática se fundamenta na construção de um “fazer” que é regido de um valor singular dentro da profissão. De modo geral, ela proporcionará o saber sobre o outro. Em Terapia Ocupacional, ela será um saber sobre o – fazer. Esse fazer parte da realização de atividades que possuem sentidos e significados (FERNANDES, 2006).

Este é o saber do terapeuta, ou seja, de que nada é feito em vão e que na terapia ocupacional a história é construída em ato, no próprio fazer cotidiano. As atividades não são objetos à parte do discurso verbal ou que tenham somente a função de promover o encontro com verdades inconscientes que se revelam. Elas, mais do que remeterem a uma história perdida, são a própria história construída (FERNANDES, 2006, p.127).

Nesta dinâmica relacional, o sujeito não é dividido em compartimentos separados, interior e exterior, ele se forma a medida que seu ser criativo e prático se

manifesta - ato, voz, práxis, construção, processo. Dentro desta perspectiva transferencial, o paciente acredita saber sobre o terapeuta e sobre o fazer a atividade, cabe ao terapeuta aceitar tais suposições e levar o paciente a construção de seu próprio saber (FERNANDES, 2006).

O terapeuta ocupacional promove uma ação para que o sujeito possa se reconhecer e se apropriar de um “saber fazer”, constituindo a sua marca em sua história. Esta marca não se encontra em algum recanto escondido, mas é construída pelo processo de fazer e pelos sentidos que a ação adquire a posteriori. É a transferência, em seu saber sobre o sujeito e sobre sua práxis, que sustenta a função terapêutica e faz com que o sujeito possa se constituir como autor de um fazer criativo (FERNANDES, 2006, p.127).

Diante do exposto, considera-se a valorização da relação terapeuta-paciente como um importante passo para o processo terapêutico, evitando-se a padronização ou mecanização do atendimento. Neste processo, “o terapeuta ocupacional tem a tarefa de facilitar processos e expressões, buscando designações internas e particulares do cliente que atende” (OLIVEIRA, 2013, p.13). Evidentemente que um trabalho desta natureza também exigirá que o profissional se consulte em sua própria subjetividade, tendo em vista que suas percepções, motivações e capacidade de escuta são elementos que fazem parte do processo.

À medida que o trabalho avança há o estreitamento do vínculo e o surgimento do espaço de historicidade no qual o terapeuta facilita a criação de histórias de “fazeres”; desta maneira a clínica da Terapia Ocupacional não acontece em um tempo cronológico, mas sim narrativo (BENETTON & MARCOLINO, 2013). Este tempo é sustentado no raciocínio clínico narrativo que busca compreender o caso em particular, levando em consideração a experiência singular e a compreensão da conexão entre os fatos, além da atribuição de sentido à experiência humana, uma vez que liga o mundo externo das ações ao mundo interno. O raciocínio narrativo possibilita a reconstrução de histórias de vida, dando aos sujeitos perspectivas acerca de um futuro (MATTINGLY, 2007).

Desenvolver o pensamento narrativo é uma tarefa desafiadora, especialmente para jovens iniciantes na prática da Terapia Ocupacional, haja vista ser necessário ater-se a uma compreensão global e complexa sobre o processo do adoecimento, não se restringindo exclusivamente ao sintoma. Ao promover uma ação de maneira ampliada, parte-se do princípio de que a condição de saúde ou doença dos sujeitos tem uma repercussão em todo contexto familiar (MATTINGLY, 2007).

Ao lançar mão do pensamento narrativo para efetivação da prática clínica, o aspecto subjetivo do paciente em questão é profundamente levado em consideração.

Nesse sentido, o terapeuta deve estar atento ao dito e ao não dito, a leitura de pequenos elementos que permitem a expressividade dos aspectos da subjetividade humana. Na presente pesquisa daremos ênfase a dimensão do olhar, uma vez que este se tornou um elemento fundamental no processo terapêutico que será apresentado a seguir.

Segundo dicionário de língua portuguesa Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (2000), a visão é a percepção do mundo exterior pelos órgãos da vista e a palavra olhar, tem significados como contemplar, fitar os olhos, encarar, observar, considerar. Para Gil (1996) a visão é um ato propriamente perceptivo, de ação objetivadora que capta o mundo de forma superficial; já o olhar seria além de um ato perceptivo, é expressivo e articulado a linguagem não verbal. “Trata-se de uma linguagem das percepções sutis que procuram seu caminho para a expressão” (LIMA, 2004, p. 44). Na terapia é comum captar informações através da fala e da audição, contudo, é um grande desafio “captar, através do olhar a verdade contida por trás da cortina do silêncio”(BENETTON, 1994, p.39).

[...] o olhar está enraizado na corporeidade enquanto sensibilidade e motricidade. O sentido da experiência visual está, portanto enraizada no corpo vivo e se estende a todo o mundo sensível. O corpo que olha é uma entre as coisas do mundo, algo que pode ser percebido, mas também, algo que se sente ao sentir que sente, porque é visível e vidente, sensível e senciente ao mesmo tempo. E se o corpo é uma entre as coisas do mundo, a visão se faz no meio delas e não de fora delas. Aquele que olha não é estranho ao mundo que olha, mas coextensivo a ele [...] E o olhar não se limita a ver o visível. Ele interroga, pesquisa, penetra e interfere nas coisas e em seus movimentos (LIMA, 2004, p. 44).

Em qualquer tipo de encontro vivido, algumas dessas duas ações, que a princípio parecem sinônimas, estarão presentes. A experiência de sentir, possibilitada pelo olhar, está atrelada a pequenas percepções que criam e se manifestam numa atmosfera invisível e em um campo de forças perceptível a depender da sensibilidade presente no encontro. Tais atmosferas podem ser transformadoras, não se restringindo aos aspectos da consciência (LIBERMAM, 2008).

A atenção e o cuidado que o terapeuta ocupacional deposita ao olhar para a atividade ou para quem a realiza, possibilita a compreensão acerca dos vários sentidos ali postos e construídos dentro do processo terapêutico, permitindo a integridade do fazer (LIMA, 2004).

No olhar qualificado está a capacidade de observação e memorização. Tais competências devem ser interpretadas dentro de uma trama de fatos que levem a criação de histórias. O olhar será o instrumento capaz de tornar possível “a construção de elos

entre um fazer e outro; entre o mesmo jeito e um novo jeito de fazer; entre as possibilidades e as habilidades; entre o começo, o meio e o fim; e sempre, em todos os casos, através de um processo de análise contextual” (BENETTON, 1994, p.39).

Dessa forma, a percepção do olhar favorecerá a mediação entre terapeuta e paciente no processo de construção do fazer, característica essa que traz singularidade à relação terapêutica em Terapia Ocupacional. A seguir será abordada a interpretação sobre o processo do fazer, destacando o seu potencial de autoexpressão e impulsionador de potencialidades e possibilidades.

2.3. O Fazer Em Terapia Ocupacional

“[...] Fazer Terapia Ocupacional é antes de tudo, simplesmente fazer.”
(BENETTON, 1993, p.66)

A formação do terapeuta ocupacional, segundo CNE/CES 6 (2002), tem por objetivo capacitar o profissional possibilitando conhecimentos que permitam o desenvolvimento de competências e habilidades, como “compreender o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação” (BRASIL, 2002).

Desta maneira, ao se debruçar acerca do entendimento das etapas de processamento de um determinado fazer, é possível observar que a atenção do terapeuta estará voltada para a relação com os acontecimentos que emergem durante a efetivação desta ação, capaz de empoderar o sujeito. “Fazer é agir; expressa a potência de alguém de realizar uma ação no mundo, acentuando o aspecto fabril e realizativo dessa ação” (PAREYSON, 1973 apud LIMA et al., 2013).

Durante a prática profissional, o envolvimento entre os indivíduos, assim como o *setting*, deve proporcionar condições de facilitação do fazer (FERIOTTI, 1997). Logo, o processo de construção desta ação não depende de regras ou normas, pois ele é imprevisível e criativo, sendo resultante de uma produção significativa capaz de transformar a realidade, favorecendo mudanças de vida e ampliação dos espaços e participação social (LIMA et al., 2013).

[...] fazendo com liberdade, o homem tem a oportunidade de criar objetos voltados à sua sensibilidade, conjugando ação motora com ação mental, satisfazendo sua necessidade de unir seus conteúdos internos com os

conteúdos externos, de fazer coexistir o que é relativo com o absoluto. E é essa possibilidade de conciliação que permite ao homem obter conhecimento. (ARAÚJO, 1995, apud LIMA et al., 2013, p. 248)

Dentro deste processo, o sujeito deve permanecer agente de sua atividade (JEAN GUY, 1992). O fazer leva a experiência de vivenciar algo prazeroso, proporcionado a partir de situações de ensino, aprendizado, construção, invenção e criação (BENETTON, 1994).

Portanto, falar do fazer nos remete a compreensão de que o mesmo é carregado de conteúdos simbólicos, internos e inconscientes, pertencentes ao paciente (LINS, 1998). Pensar na Terapia Ocupacional em seu caráter de singularidade é entender que ela possui como constituinte de sua prática a construção do fazer. A partir do resgate desta ação dentro da relação terapêutica possibilita enxergar a singularidade pela qual a profissão proporciona o desabrochar/desenvoltura do paciente. O fazer pode ser ainda compreendido como uma ferramenta de conhecimento acerca do indivíduo, principalmente de seu mundo subjetivo. Neste sentido: “Fazer, sentir, ser. É um processo que se repete, sempre igual, mas sempre diverso. Se faz, se sente e é.” (PIERGROSSI, p. 20, 2001).

3. OBJETIVOS

Geral

- Analisar a intervenção da terapia ocupacional junto a uma pessoa adulta com paralisia cerebral, com ênfase no vínculo terapeuta-paciente.

Específicos

- Identificar e descrever os elementos presentes na construção da relação terapeuta-paciente durante o processo terapêutico;
- Descrever aspectos clínicos e psicossociais relacionados ao caso estudado;
- Identificar os ganhos alcançados no processo terapêutico ocupacional, nas diferentes áreas de ocupação.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho é um relato de experiência de natureza qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, com temporalidade transversal, que se dedica a analisar a intervenção da Terapia Ocupacional em um caso de Paralisia Cerebral, com duração de três meses no período de 15 de agosto à 31 de outubro de 2016.

A intervenção foi realizada por estudantes do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba no período 2016.1, na disciplina de Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional e Cenários de Prática I, ofertada como requisito obrigatório e disponibilizada no quinto período da grade curricular do curso. Trata-se de uma disciplina teórico-prática, cujo objetivo é discorrer sobre as formas de assistência em saúde dentro do universo da Atenção Básica, sendo a primeira experiência prática vivenciada pelos estudantes do referido curso de graduação.

As vivências aconteceram no território do bairro do Castelo Branco I, pela Unidade de Saúde da Família Castelo Branco I, localizado na rua Praça Abdom Milanês, nº. 23, na cidade de João Pessoa, estado da Paraíba, Brasil. Os espaços de intervenção se deram em grupos de convivência do bairro e em atendimentos domiciliares feitos por duplas de estudantes para com as famílias assistidas pela referida unidade de serviço.

O sujeito analisado na presente pesquisa foi uma senhora de 51 anos de idade, com diagnóstico de paralisia cerebral, assistida em 10 encontros por dois estudantes (sendo um deles a pesquisadora deste trabalho) durante os atendimentos domiciliares no período letivo de 2016.1.

Para fins deste estudo de caso foram respeitados os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Saúde para a pesquisa com seres humanos. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer nº 2.574.239. A família aceitou a solicitação de utilizar os registros clínicos¹ para a realização da pesquisa, assinando espontaneamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como a autorização da divulgação dos resultados e suas respectivas conclusões.

¹O material do estudo diz respeito ao conteúdo das evoluções clínicas feitas durante os atendimentos, além de fotos e filmagens realizadas com autorização da família da paciente em questão.

5. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa foram organizados em três tempos tendo em vista tanto a evolução terapêutica do caso clínico em questão como a construção do vínculo entre os estagiários de Terapia Ocupacional e a paciente. Em outras palavras nossa proposição não é tomar o caso apenas do ponto de vista da paciente, suas necessidades, diagnóstico e intervenção, mas analisar as múltiplas facetas do processo, incluindo as expectativas, anseios, emoções e percepções de terapeutas aprendizes na construção de um olhar clínico.

Resumidamente, no primeiro tempo de trabalho, que contempla desde o momento de preparação e estudos prévios ao encontro inaugural com a paciente, a ênfase foi dada a questão diagnóstica e as prescrições técnicas para fins de construção de um plano terapêutico. O segundo tempo é caracterizado pelo advento do encontro entre terapeutas e paciente, evidenciando a importância fundamental deste aspecto no fazer clínico. Por fim, apresentamos no terceiro tempo os efeitos do vínculo e do trabalho estabelecido, a saber, o surgimento de um protagonismo por parte da paciente em seu processo terapêutico e conseqüentemente em sua história. Vale ressaltar que todo esse processo foi acompanhado pela professora supervisora da disciplina, tanto em sala de aula em um espaço aberto para nossas colocações, quanto no ambiente domiciliar. Ela orientou ao longo do caminho e foi um suporte essencial para as tomadas de decisões. Relato descrito a seguir.

5.1. Primeiro Tempo – A Busca de uma Técnica

A primeira etapa que precede a construção da relação terapêutica se deu em meio a um cenário de grande desconhecimento e insegurança por se tratar de uma experiência iniciante de praticantes da Terapia Ocupacional. A preocupação sobre o desenvolvimento e aplicação de técnicas relacionadas à reabilitação física prevaleceu antes de conhecer a paciente, como também nos primeiros atendimentos, pois tal fator era encarado como o principal determinante para a evolução terapêutica.

Segundo Carlotto (2007), o início da vivência prática nos cursos de saúde desencadeia nos alunos muitos temores provocados pelo desconhecimento sobre quem e como se dará a realização de seus atendimentos. O maior receio talvez esteja atrelado ao medo de errar, refletindo em prejuízos ao paciente. A inexperiência e insegurança

podem representar entraves importantes na atuação de iniciantes que se dedicam ao cuidado humano.

Ao fazer a leitura deste momento inicial, é possível verificar que a preocupação a respeito do domínio de técnicas se estabeleceu devido à dificuldade de olhar para a paciente além da reabilitação física. A nosso ver, isso está presente não apenas na prática dos iniciantes, mas pode funcionar como uma espécie de resistência presente inclusive em profissionais mais experientes que se furtam a levar em consideração aspectos subjetivos e singulares do encontro terapeuta-paciente.

A pré-concepção do sujeito com paralisia cerebral estava atrelada aos aspectos incapacitantes do diagnóstico, conduzindo-nos a pensar de forma equivocada na construção de um plano de trabalho que viesse intervir com alguém preso a seu próprio corpo, corpo esse que deveria ser tecnicamente tocado, manejado e estimulado. Esse sentimento de receio e ideias equivocadas sobre o indivíduo eram colocados nas supervisões antes do início das práticas; a professora supervisora sempre trabalhava a necessidade de se estar aberto ao novo e a necessidade de se pensar no sujeito de forma holística, sem fragmentá-lo, nem ficar preso a utilização do diagnóstico como determinante.

A aproximação com o caso se deu através de leituras detalhadas de intervenções realizadas por outros estagiários em períodos anteriores. O trabalho consistia em alongamentos dos membros superiores, estimulação da interação social através do estímulo a comunicação verbal e reconhecimento de estados emocionais. Estudos teóricos sobre práticas terapêuticas ocupacionais com o público relacionado também fez parte deste rol de atividades, que consistia na preparação do estagiário durante as supervisões para a entrada em campo.

Na ocasião do primeiro encontro a paciente e sua irmã demonstraram muita receptividade e alegria com o início do trabalho a ser desenvolvido. De forma muito atenciosa, a irmã de Pérola respondeu às perguntas que eram realizadas acerca da história ocupacional da paciente, relatando os processos de perda familiar (a mãe da paciente), influenciando na organização da estrutura familiar e contribuindo para a cronificação da condição de saúde de Pérola. Neste primeiro encontro, o contato com a paciente ocorreu de forma tranquila, pois a mesma demonstrava curiosidade com a presença dos alunos, que se apresentaram e explicaram sobre os motivos que os levavam até sua casa; posteriormente, foi feita avaliação dos componentes motores e cognitivos.

Em meio às muitas informações a serem consideradas, o desenvolvimento do raciocínio clínico manteve a proposta dos alunos do semestre anterior. Contudo, a cuidadora elencou como queixa o agravo da musculatura orofacial que vinha dificultando a deglutição e tornando cada vez mais incompreensível a emissão de sons realizados pela paciente. Essa condição de saúde levou a procura por atendimentos de Fonoaudiologia, mas a Pérola apresentava recusa na aceitação dos profissionais.

Para o desenvolvimento do plano terapêutico foram selecionados a aplicação de técnicas relacionadas ao manuseio de objetos e oferta de atividades prontas, que dificultaram a produção de sentidos relativos ao fazer. Pérola apresentava um repertório de interesse muito restrito. Mesmo demonstrando exultação com a chegada dos estagiários em sua casa, Pérola não permanecia com este afeto no decorrer do atendimento. Debruçando-se sobre tal situação, no raciocínio narrativo cabe ao terapeuta tecer caminhos que levem a criação de histórias terapêuticas com significado na vida do paciente, dentro da própria história de vida do indivíduo. Tal raciocínio preocupa-se com as conexões feitas pelo paciente no processo terapêutico (MATTINGLY, 2007). Quanto mais a terapia ofertar representatividade acerca dele, maior seu envolvimento. Tal fato foi discutido em supervisão para o auxílio do desenvolvimento de novas estratégias.

Enquanto eram ofertados estímulos visuais e auditivos, era tido como resposta a desatenção da paciente para com o recurso. Em contrapartida, ela destinava sua atenção, através do olhar, para a face dos estagiários. Foi aqui que houve os primeiros *insights* sobre buscar observar diferentes possibilidades da comunicação não verbal e chegar à construção de um plano de trabalho mais significativo. De uma forma única, a paciente foi demonstrando estados emocionais a partir do olhar, que serviu como trilha deste caminho.

A partir do exposto, foi possível enxergar que o sujeito em questão, mesmo demonstrando adesão aos estudantes, não conseguia implicar-se com a atividade. Sabemos que o engajamento satisfatório de um indivíduo em terapia depende do interesse, motivação e do valor simbólico da atividade proposta. Considerando a necessidade de harmonia entre os três pilares da relação triádica, tal falta de engajamento pode influenciar no distanciamento entre os envolvidos no processo; o terapeuta pode se distanciar do paciente por sentir que seu fazer enquanto profissional não é atrativo o suficiente; e o paciente se distancia do terapeuta pela falta de satisfação pelo não vislumbramento de significado no que está sendo proposto; evidenciando

assim, o fato da atividade poder ser capaz de estreitar e contribuir com a relação terapeuta-paciente ou enfraquecer tal laço.

Logo, houve a necessidade de mudança de posicionamentos. O plano terapêutico estabelecido inicialmente não foi abandonado, mas foi acrescido a ele uma nova percepção a respeito da importância da construção de um vínculo terapêutico, que possibilitasse o reconhecimento do paciente, assim como seu nível de satisfação conforme veremos a seguir.

5.2. Segundo Tempo – As Insígnias do Encontro Terapeuta-Paciente

O que chamaremos aqui por fase do encontro é caracterizada não pelo primeiro contato, mas sim os primeiros passos assertivos/resolutivos de uma construção terapêutica saudável; seguida de vários ritmos e tentativas de caminhos trilhados para a compreensão do outro.

Nessa etapa, o investimento maior foi na observação. O atendimento não era algo tão estruturado, os momentos iniciais de acolhimento passaram a se estender, troca de gestos afetuosos começaram a ser manifestados, acompanhados por apelidos carinhosos. Pérola demonstrava mais segurança e tinha a curiosidade como uma forte característica. Esse aspecto foi utilizado como recurso terapêutico para a realização dos alongamentos; uma vez que o toque na barba do estagiário ou a busca pelo manuseio de objetos de seu interesse passaram a servir como estratégias. As músicas preferidas e, algumas vezes, a dança tornaram-se presentes. Os sorrisos e a busca pelo olhar dos estagiários tornaram-se mais frequentes e tais manifestações passaram a ser mais perceptíveis aos olhos dos clínicos.

A tomada de decisão para um maior investimento na observação nos permitiu captar sinais sutis e dar maior importância a leitura da comunicação não verbal. A esse respeito Godelieve Denys-Struyf, (1995 apud Miranda, 2015) destaca:

O corpo oferece meios de comunicação e caminhos terapêuticos excepcionais, em especial quando a palavra está ausente, é inadequada, desadaptada ou viciada. Importante é estar em condições de ver, compreender e entender as mensagens gestuais e posturais, elas são palavras que, se ouvidas e compreendidas, contribuem para aliviar o desconforto humano(...) (GODELIEVE DENYS-STRUYF, 1995 apud MIRANDA, 2015, p. 4).

A legitimação do vínculo, conforme salienta Jorge (1999), se apresenta através de indicadores como: a manifestação de sentimentos e comportamentos de atenção,

abraço, empatia, segurança interna e externa, simpatia e o olhar. Certamente a abertura para trocas afetivas, desenvolveu na paciente o sentimento de segurança. Importante salientar que o afeto não depende da vontade do terapeuta, mas sim de um movimento que parte da própria paciente (OLIVEIRA, 2013).

Segundo Castro (2007), é através da disposição de buscar conhecer o mundo do paciente que a empatia passa a aflorar. Ela ajudará o paciente a ver onde se está e desenvolver a compreensão de onde se quer chegar. Além disso, permite ao terapeuta ocupacional o conhecimento acerca de experiências subjetivas do paciente; esse conhecimento leva a experimentação de forma objetiva dos sentimentos otimistas ou não do outro.

Nesse sentido, a paciente deixou de ser vista pelos estudantes como um corpo que causava receios devido às dificuldades em manuseá-lo e passou a ser considerada um ‘ser de desejo’, aberto a ser lido e interpretado. As primeiras ações na direção deste novo posicionamento terapêutico se deram através da confecção do quadro de emoções.

Este quadro foi confeccionado em cartolina azul, foi fixado a ele cartaz branco recortado em formato de nuvem para fazer referência ao céu que era visto no início dos atendimentos, nesta cartolina foi anexado feltro semelhante a um espaço de bolso para guardar os cartões com as imagens de expressões faciais, cada cartão media 7cm²; também foi utilizado cola glitter para decoração do recurso. Em decorrência da limitação motora, Pérola participou da confecção realizando a colagem e usando a cola glitter, com auxílio do estagiário que favoreceu a facilitação do movimento de forma ativa-assistida.

Tal recurso foi à primeira experiência de um “fazer” que pudesse nortear atividades mais significativas para a paciente uma vez que o uso do quadro possibilitou maior expressividade emocional. Nessa etapa do tratamento, houve o estreitamento do vínculo por parte da família e principalmente da paciente, que passou a vivenciar a expectativa do encontro terapêutico de forma intensa ao longo da semana.

Os processos de transferência e contratransferência se acentuaram justamente aqui. A transferência pôde ser evidenciada através de uma posição de maior envolvimento e implicação no trabalho terapêutico por parte da paciente e a contratransferência, por sua vez, ficou explícita no estado de afetação emocional perante a relação terapêutica.

Dissociar a esfera do que pode ou não ultrapassar a barreira de autoproteção do profissional é uma tarefa impossível, uma vez que ele vai ao encontro da realidade do

outro. Ir ao encontro com Pérola, permitindo-nos ser afetados por suas demandas nos permitiu percebê-la para além de suas necessidades corporais. O autor Banaco (1993) afirma que é cobrado ao terapeuta que o mesmo seja completamente isento de sentimentos e preconceitos em relação aos pacientes, mas essa tal isenção não é alcançável, pois antes de ser terapeuta, ele é humano e trabalha a partir de sua própria história.

O despertar para essas observações de pequenas percepções do mundo subjetivo ofereceu um ambiente confortável para o advento do eu-terapeuta (estagiário).

Durante os atendimentos foram reforçadas as potencialidades da paciente no processo de escolha (autonomia) em relação às atividades do dia a dia. Este deve ser o posicionamento que o Terapeuta Ocupacional deve desenvolver em seu processo de trabalho, adotando uma postura que indique caminhos, ensinamentos e orientações para o paciente, levando o mesmo a construção de autoconhecimento sobre suas habilidades acerca de sua vida cotidiana (BENETTON, 2006; FERRARI, 2008).

Pérola passou a demonstrar cada vez mais segurança e interesse para realizar o auxílio nas AVDs, além do desejo de explorar, tocar, manusear e trazer tudo para próximo de si; desde o corpo dos estagiários aos materiais utilizados na terapia. Esse comportamento serviu como direcionamento para as últimas intervenções. Diante de tal configuração da relação terapêutica, as falas de encorajamento acerca da apropriação de si mesma, a demonstração de seus estados de interesse e desinteresse e suas potencialidades foram instrumentos fundamentais para o avanço no trabalho. Os resultados desta prática serão expostos a seguir.

5.3. Terceiro Tempo – Evidências da Importância da Relação Terapêutica

No que chamaremos o terceiro tempo, paciente e estagiários, caminhavam para um vínculo mais consolidado e estabilizado. Como dito anteriormente, a paciente demonstrava um desejo grande de manusear novos objetos. Tendo em vista nunca ter freqüentado a escola, foi pensado em ofertar algo que despertasse o sentimento de descoberta e que ao mesmo tempo fosse autoexpressivo, uma forma de comunicação e exteriorização do mundo interno para o mundo externo. Dessa forma, junto à professora supervisora foi pensado na pintura como um recurso possível.

De todas as atividades sugeridas e realizadas, a pintura foi o meio pelo qual Pérola se sentiu mais livre para se autoexpressar. Inicialmente, veio a oferta da pintura

com tinta guache em um desenho já feito como forma de familiarizar-se com o material. Desde a mistura de cores à sensação de poder escolher a cor desejada, de se sujar utilizando os dedos à etapa da condução da tinta por um caminho que resultava na efetivação do “fazer” junto a estagiária, tudo foi vivenciado com muita hesitação e alegria.

Através da pintura, foi retratado o simbolismo da Terapia Ocupacional e seus envolvidos. Com auxílio, desenhou a imagem dos estagiários, características das respectivas fisionomias, corações fazendo referência as plaquinhas do quadro de emoções e a nuvem simbolizando o céu que era notado e observado antes de todo atendimento ter início. Conforme aponta Benetton:

O uso de atividades artísticas ou expressivas sustentado pela particular dinâmica estabelecida na relação triádica terapeuta-paciente-atividades, amplia o espaço para a construção de caminhos associativos, no qual o constante movimento de repetição e criação de novas formas, acompanhadas de significação, torna-se elemento constitutivo do espaço de historicidade. (BENETTON, 1997, p. 120).

Em linhas gerais, os atendimentos utilizando esse recurso despertaram um leque de sensações na paciente. Ao produzir sua própria arte, a paciente parece ter entrado em contato com seu ser mais criativo e autônomo, uma vez que tal recurso permitiu a ela expressividade dos afetos calados e não simbolizados ao longo de sua história. Dessa forma, foi possível chegar à conclusão de que o ato de construir algo em terapia é um recurso que nos permite acessar um sujeito para além do seu corpo e suas restrições físicas. Conforme sugere a autora supracitada:

No arcaico, dizemos do pensar em imagens mentais não lógicas, imagens absolutamente não verbais que nos são demonstradas melhor pelo fazer, um fazer onde processo e produto são inseparáveis, onde um pode provocar a existência do outro até a morte. (BENETTON, 1997, p. 120)

Os resultados objetivos referentes ao trabalho desenvolvido ao longo das intervenções começaram a tornar-se mais evidentes. Além dos fatores relacionais trabalhados ao longo dos atendimentos semanais, a estimulação também visou aspectos percepto-cognitivos, autoexpressivos, motores e a utilização das órteses de posicionamento ventral para ambas as mãos, que favoreceram o aumento do ângulo de extensão dos punhos. A utilização de tal recurso passou a ser aceito com mais tranquilidade à medida que era trabalhado de forma educativa a importância de sua utilização e os ganhos perceptíveis decorrentes da aplicação de tal tecnologia.

As devolutivas dos familiares começaram a surgir sobre a melhora da autoestima de Pérola, observando a mudança de humor no cotidiano do lar; na

participação na realização das AVDs – como banho, segurando a toalha no colo e demonstrando interesse para ensaboar-se; no vestir, na escolha da roupa para usar; descanso e sono, diminuição da insônia e tentativa de mudança de decúbito durante a noite. Além da melhora da interação social com os familiares que a visitavam nos finais de semana, a mesma buscava comunicar-se com os mesmos e mostrar as tarefas que vinha desenvolvendo na Terapia Ocupacional. Vale ressaltar a importância da contribuição da família que se manteve presente ao longo de todo processo.

Ao refletir sobre os ganhos obtidos na intervenção apresentada, compreendemos que a construção do fazer dos estudantes como facilitadores do processo, e a construção do fazer da paciente dentro da relação terapêutica levou a mesma ao desenvolvimento do reconhecimento de suas potencialidades. Mesmo trabalhando na dimensão física, foi possível acessar processos de construções subjetivas e conseguir uma repercussão muito significativa em sua saúde mental. Para a autora Jô Benetton (1994), o principal alvo a ser alcançado durante a prática em terapia ocupacional é a saúde mental do indivíduo. Ainda que se trate de um profissional com ênfase na reabilitação física, ao propor um trabalho que estimule componentes motores em uma atividade significativa, inevitavelmente ele acessará a esfera afetivo-emocional. Daí a importância do envolvimento do paciente com a atividade para sustentação da relação terapêutica.

A respeito da finalização do processo terapêutico é importante considerar as dificuldades de ambas as partes no que tange a separação e desconstrução do vínculo consolidado. Para Pérola que recebia pouquíssimas visitas, a presença dos estudantes era a principal forma de interação social para além do núcleo familiar. Para os terapeutas aprendizes o processo do término foi difícil em decorrência do apego que se criou relacionado ao cuidado que estava sendo ofertado para ela, uma vez que foi observado que ela tinha muito a evoluir dentro da dinâmica relacional criada.

Nas últimas semanas de atendimento o término foi anunciado e a paciente demonstrou bastante contrariedade. Além disso, foi orientado a família para que pudesse dar sustentação a paciente durante este processo, reforçando e lembrando sobre o término da terapia.

O resultado do trabalho desenvolvido pela Terapia Ocupacional só foi possível a partir da construção de uma relação terapêutica saudável, em uma prática que favoreceu o desenvolvimento do sentimento de pertencimento e de protagonismo de Pérola em seu cotidiano. Neste caminho, o vínculo terapêutico foi sendo estabelecido à medida que era intensificado o investimento por parte dos terapeutas aprendizes. A

atenção aos sinais mais sutis, como o olhar, serviu como guia para a interpretação de desejos efetivados no processo de construção do fazer. Fazer esse que, evidenciou a importância e a necessidade de considerar as relações humanas nos processos de cuidado em saúde.

Desse modo, na realização de atividades e seus desdobramentos devem existir espaços para o fazer, para abandonos e novas escolhas, decisões de ambas as partes sobre como fazer e o que fazer com os produtos das atividades, pensar e conversar sobre elas, dar-lhes significados momentâneos ou significando-as numa narrativa histórica, como acontece nas trilhas associativas. Como podemos ver, a terapeuta ocupacional pode manejar uma multiplicidade de acontecimentos para que o paciente possa ter acesso às suas aquisições, habilidades, construções e autoconhecimento, enriquecendo, com isso sua vida cotidiana. Dessa forma, o *setting* da Terapia Ocupacional, que sustenta a relação triádica, neste caso o ambiente domiciliar de Pérola que ofertou a possibilidade de vivenciar de forma mais íntima sua realidade, é promotor de atividades e encontra-se aberto para que o sujeito possa entrar e dele sair (BENETTON, 2006; FERRARI, 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do trabalho realizado, constatou-se que a qualidade de interação entre terapeuta-paciente-atividade foi o grande diferencial para a evolução do caso, ressalta-se que tal qualidade só foi possível a partir de uma prática com significado que levou ao desenvolvimento do sentimento de acolhimento e segurança por parte da paciente para com os terapeutas aprendizes, e a partir da vinculação da mesma com a atividade. A enorme complexidade de afetos na relação terapêutica, teve influência significativa sobre ambas às partes; por isso a importância da autoavaliação do aluno frente à instalação de sentimentos que possam ser benéficos para o estreitamento do vínculo, assim como, para a superação de afetos que possam ser barreiras relacionais ao longo do processo.

Durante a construção da relação terapêutica é indispensável que o estudante exercite a leitura das varias formas de comunicação do paciente, a partir de um olhar sensível que transcenda a barreira do visível e enxergue o indivíduo como um todo. Para isso, é importante que os cursos de Terapia Ocupacional dêem continuidade as reflexões sobre a importância da visão holística no processo de cuidado e desenvolvam com mais ênfase o empoderamento de seus alunos acerca de competências que assegurem a compreensão da relação terapêutica dentro da profissão, atentando para a apropriação de referenciais teóricos que se debruçam sobre tal temática, como o grupo de estudos da CETO. Vale salientar ainda, a necessidade de resgatar durante a formação acadêmica de Terapia Ocupacional a discussão da construção do “fazer” na prática profissional, como apresentado neste trabalho.

Adicionalmente, concluímos que a relação terapêutica ocorre em uma dinâmica flexível, passível de surpresas e recomeços. Inicialmente, os alunos entraram na prática com um plano terapêutico estabelecido e com um olhar fragmentado voltado para a condição física, porém a partir de um trabalho realizado junto à supervisão, foi possível expandir o olhar para o indivíduo de forma holística, proporcionando assim, a melhora da qualidade de vida da paciente, principalmente ao que diz respeito a sua saúde mental, em que houve o empoderando da mesma frente aos desafios sobrepostos no cotidiano, resgatando o ser ocupacional existente dentro de si.

REFERENCIAS

ALMEIDA, I. S.; RUAS, T. C. B.; AKASHI, L. T. O sentido da tríade para alguns alunos da Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 5-18, 2002.

ALVES, A. C. M.; COELHO Z. A. C; FIGUEIREDO E. M.; MANCINI M. C.; SAMPAIO RF, SCHAPER C, TIRADO MGA. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 8, n. 3, p. 253-260, 2004

AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3ª ed. 2015. Tradução: CAVALCANTI, Alessandra; SILVA E DUTRA, Fabiana Caetano Martins; ELUI, Valéria Meirelles Carril. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**; 26(ed. esp.), p. 149. 2015.

AURELIO, O mini dicionário da língua portuguesa. 4ª ed. Rio de Janeiro, 2002.

BENETTON, J. O silêncio. **CETO.** v. 4, n. 1-2, p. 63-67, 1993.

BENETTON, J.; MARCOLINO, T. Q. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in theDynamicOccupationalTherapyMethod. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013

BENETTON, M. J. **Terapia ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental.** 1994. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

BEZERRA, A. L. C.; DE SÁ, E. L. M.; GONÇALVES, L. P.; et al. Psicologado, 2016. BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes nacionais dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional.** Resolução CNE/CES de 19 de fevereiro de 2002. DOU de 04 de março de 2002, seção 1, p. 12. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Brasileira de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTRO, E. D. Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 14-21, 2005.

CHAMONE JORGE, R. A relação terapeuta-paciente – Notas introdutórias. Belo horizonte: Ges.TO, 1988?

CUNHA, A.M.T.R.; ROCHA DA SILVA, M.C.; GOLDFEDER, M.; LEVISKY, R.B. **A psicanálise das configurações vinculares e a terapia familiar.** Porto Alegre, p. 119-138, 2009. Osório, L.C.; Valle, M.E.P. & col. Manual de Terapia Familiar, 119-138. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

FENILI, L. B. E.; SANT'ANNA, M. M. M. Vivendo o cotidiano. **CETO.** v. 6, n. 6, p. 22-24, 2001.

- FERIOTTI, M. L. Terapia Ocupacional: relato de uma experiência. **CETO**. 1997
- FERNANDES, S. R. A transferência e a construção de um fazer criativo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 123-128, 2006.
- FERRARI, S. M. L. Terapia Ocupacional espaço da narrativa entre forma e imagem. São Paulo, **CETO**, v. 4, n. 4, p. 06-10, 1999.
- FRANÇA, T. H. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Rev. Lutas Sociais**, São Paulo, vol.17 n.31, p.59-73, 2013.
- GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.
- GIL, J. A imagem nua e as pequenas percepções: estética e metafenomenologia. Lisboa: Relógio D'água Editores, 1996
- JEAN-GUY, J. M. S. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, v. 1, n. 1, p. 11-16, 1992.
Tradução por: BENETTON, J. Da atividade, o que pode ainda ser dito. **CETO**. v. 4, n. 4, p. 17-26, 1999
- JORGE, Rui Chamone. *A relação terapeuta – paciente*. 2. ed. Belo Horizonte: **GesTO**, 1999.
- LIBERMAN, F. Delicadas Coreografias: Instantâneos de uma terapia ocupacional. São Paulo: Summus, 2008.
- LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-8, maio/ago., 2004.
- LIMA, M. F. A.; Elizabeth; OKUMA, E. G.; PASTORE, M. D. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 21, n. 2, 2013.
- LUCENA, M. O. V., CARVALHO, S. M. C. R., GERMANO, C. D. F. M., LEMOS, M. T. M. Abordagem Fisioterapêutica na Visão do “Cuidar” de uma Criança com Paralisia Cerebral Associada a Deficiência Intelectual: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 567-572, 2013.
- MARCOLINO, T. Q.; FANTINATTI, E. N. A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 142-150, 2014.
- MARCOLINO, T. Q.; FANTINATTI, E. N. A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. v. 25, n. 2, 142-150, 2014.
- MARGRE, A.L.M.; REIS, M.G.L.; MORAIS, R. L. S. Caracterização de adultos com paralisia cerebral. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 14, n. 5, 2010.

MATTINGLY, C. A natureza narrativa do raciocínio clínico. **CETO**, v. 10, n. 10, p. 4-18, p. 4-18, 2007.

MIRANDA, R. A. O corpo integrado¹ Uma síntese de visões inovadoras do corpo na promoção da saúde. **Rev. Pontiflex**. v. 1, n. 2, p. 1-13, 2015.

OLIVEIRA, I. **A relação terapeuta-cliente: na perspectiva do cliente**. 2013. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

PALHAU, D. M. T. **O sentir do terapeuta ocupacional na relação terapêutica**. 2010. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

PATO, T. R. Epidemiologia da paralisia cerebral. **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 71-76, 2016.

PICHON-RIVIÈRE, E. (2007). *Teoria do vínculo* (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes, p. 17.

PIERGROSSI, J. C. O fazer, o dizer... Falando de Terapia Ocupacional. **CETO**. v. 6, n. 6, p. 20-21, 2001.

ROTTA, N. T. Paralisia cerebral: novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de pediatria**. v. 78, n. 1, p. 48-54, 2002.

RUDNICKI, T.; CARLOTTO, M. S. Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-110, jun. 2007.

RUDNICKI, T.; CARLOTTO, M. S. Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-110, jun. 2007.

TEIXEIRA, E. **Terapia ocupacional na reabilitação física**. Editora Roca, 2003.

VILLARES, C. C. Construindo forma e sentimentos: um caminho terapêutico. **CETO**. 1995.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estudo de caso: A atuação do terapeuta ocupacional: um olhar para além do corpo.

Prezada;

Você está sendo convidada para participar do estudo de caso intitulado “A atuação do terapeuta ocupacional: um olhar para além do corpo”, que está sendo desenvolvida pelo pesquisador Renata Jamirys Silva Araújo, aluna do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Professora Isabela Lemos Arteiro.

O objetivo desse estudo é analisar a intervenção da terapia ocupacional junto a uma pessoa adulta com sequelas de paralisia cerebral, com ênfase no vínculo terapeuta-cliente, tal análise vai discorrer sobre as intervenções terapêuticas ocupacionais desenvolvidas junto a paciente, no período de 15 de Agosto à 31 de Outubro de 2016 na disciplina de Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional Cenários de Prática I.

Sua participação é voluntária e deverá ser devidamente autorizada. Não há benefício direto para a participante, porém, espera-se que, com a compreensão e interpretação dos dados já obtidos, seja possível o desenvolvimento de novas reflexões sobre a construção da relação terapeuta-cliente na Terapia Ocupacional, assim como o reconhecimento das práticas da referida profissão junto ao público de Paralisia Cerebral na fase adulta.

Este estudo de caso será por meio da análise das evoluções clínicas, fotos e filmagens, realizadas com autorização da família no período de 15 de Agosto à 31 de Outubro de 2016 na disciplina de Áreas de Intervenção da Terapia Ocupacional Cenários de Prática I no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo dando autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Sua identidade será mantida em sigilo. Por ocasião da publicação dos resultados, informamos que, de acordo com a Resolução nº466 de 12 de novembro de 2012 da CONEP/MS, esse estudo oferece riscos mínimos, como os relacionados ao manuseio das informações. Você poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. Caso você se

arrependa de ter fornecido autorização da análise dos materiais, basta que entre em contato com qualquer um dos pesquisadores e manifeste a sua intenção sem que precise oferecer qualquer justificativa para tal.

Seu acesso aos pesquisadores está garantido. Ou seja, em qualquer etapa do trabalho, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador é: Renata Jamirys Silva Araújo, sob orientação da Profa. Isabela Lemos Arteiro. Todos podem ser encontrados no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, Castelo Branco – João Pessoa, no telefone: (83) 986152949/ (83) 987706488, ou por email: renata_jamirys@hotmail.com; As informações obtidas são confidenciais e a identidade da participante será preservada. Não haverá despesas para você, assim como também não haverá compensações relacionadas com a sua participação.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário. Esteja ciente que receberá uma cópia desse documento.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa - HUWL