

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

MARCIA GLORIA RIBEIRO GUIMARÃES

**RACIOCÍNIO CLÍNICO NA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL: COMPREENDENDO SUA CONSTRUÇÃO A PARTIR DO MÉTODO
TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA - MTOD**

Rio de Janeiro

2019

MARCIA GLORIA RIBEIRO GUIMARÃES

**RACIOCÍNIO CLÍNICO NA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL: COMPREENDENDO SUA CONSTRUÇÃO A PARTIR DO MÉTODO
TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA**

Monografia apresentada ao curso de graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da Prof.^a Renata Caruso Mecca.

Rio de Janeiro

2019

MARCIA GLORIA RIBEIRO GUIMARÃES

RACIOCÍNIO CLÍNICO NA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: COMPREENDENDO SUA CONSTRUÇÃO A PARTIR DO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, no Centro de Ciências da Saúde, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Aprovado em: __/__/__

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Renata Caruso Mecca - Orientadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Lisete Ribeiro Vaz – Membro da Banca
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Melissa Ribeiro Teixeira – Membro da Banca
Universidade Federal do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que se doaram de várias maneiras para assistir àqueles que diante de suas dificuldades deixaram de existir para si e para o mundo.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado e não desistir de mim.

A minha família por todo apoio, e em especial aos meus pais Antônio e Celmira (in memoriam), mas um agradecimento mais que especial à minha mãe, que na sua simplicidade sempre me incentivou aos estudos.

Aos meus amigos que sempre estiveram comigo, me apoiando.

Aos meus professores que contribuíram e muito com seus conhecimentos.

As supervisoras dos estágios, que através de suas experiências e conhecimentos, me incentivaram na minha construção profissional.

A prof.^a Renata Mecca, por ter aceitado trilhar junto comigo nessa busca do conhecimento.

A todos o meu muito obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” (Carl Jung)

RESUMO

O raciocínio clínico em terapia ocupacional tem como pilar a narrativa, que se concentra nas particularidades dos casos, tanto na construção de contar histórias sobre os pacientes, como construir histórias de conquistas que venha possibilitar experiências significativas transformando a forma desses pacientes veem e vivem a vida. O Método da Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) compreende que a construção ou ampliação do cotidiano na vida dos sujeitos-alvo da terapia ocupacional fortalecerá os espaços de saúde indo ao encontro de sua inserção social. Este trabalho tem como objetivo investigar de que maneira o Raciocínio Clínico na Terapia Ocupacional no Campo da Saúde Mental se organiza nos estudos de caso publicados por terapeutas que atuam tendo por base teórico-metodológica o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. As buscas foram feitas nos Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar e Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional – CETO. Trata-se de um estudo qualitativo, de análise de conteúdo, realizado através de uma revisão da literatura, com caráter descritivo. Como resultado podemos observar que cada autor tendo como base o MTOD, teve seu modo próprio de trabalhar em diferentes tipos de raciocínio clínico descritos pelo MTOD. A exploração de suas potencialidades enquanto terapeutas ocupacionais, que se preocupam com o cuidado, a experiência da doença e com a saúde desses sujeitos e de que forma a doença repercute em sua vida e no seu cotidiano mostra que o processo de terapia ocupacional no MTOD através de suas técnicas de ensino e aprendizagem permite auxiliar o sujeito em sua busca pela inserção social.

Palavras-chave: Raciocínio clínico, Método terapia ocupacional dinâmica, Terapia ocupacional, Saúde Mental.

SUMÁRIO

1-Introdução	8
2-Objetivos	11
3-Metodologia	12
4-O método terapia ocupacional dinâmica - MTOD: uma forma de investigar e produzir a prática da terapia ocupacional	13
4.1 Concepção de saúde para o MTOD	15
4.2 Cotidiano e o MTOD	16
4.3 Diagnóstico situacional	19
4.4 As atividades no MTOD	20
5-Raciocínio clínico na terapia ocupacional	22
6-Raciocínio clínico no MTOD	25
6.1 O raciocínio diagnóstico	26
6.2 O raciocínio procedimental	27
6.3 O raciocínio associativo	28
6.4 O raciocínio ético-estético	29
7-Resultados	30
8-Discussão	34
8.1 Raciocínio diagnóstico	34
8.2 Raciocínio procedimental	36
8.3 Raciocínio associativo	38
8.4 Raciocínio ético-estético	40
9-Considerações finais	42
10-Referência	44

1-INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso de graduação tem como tema principal a discussão sobre o raciocínio clínico em Terapia Ocupacional tomando por referência o Método Terapia Ocupacional Dinâmica - MTOD. Um método apoiado em um processo de teoria da técnica, que a partir da observação e análise dos fenômenos clínicos, buscou construir uma estrutura teórico e metodológica própria, com a capacidade para elaborar as situações empíricas, de forma a facilitar a transmissão do conhecimento e, como resultado, sustentar o raciocínio clínico (BENETTON e MARCOLINO, 2013).

O MTOD se funda no Paradigma da Terapia Ocupacional e que tem em Slagle e em sua técnica nomeada de treinamento de hábitos, elementos fundadores de uma terapia ocupacional que busca pela saúde e não pelo enfrentamento de doenças. A proposta é a de construir ou ampliar o cotidiano ampliando espaços de saúde na vida dos sujeitos alvo da assistência (BENETTON, 2005).

No que diz respeito ao Raciocínio Clínico em Terapia Ocupacional, o estudo encomendado pela Associação Americana de Terapia Ocupacional/AOTA e pela Fundação Americana de Terapia Ocupacional/ AOTF no final da década de 1980, nos Estados Unidos, inaugurou a produção científica do tema e ofereceu um arcabouço inicial sobre o raciocínio clínico para a compreensão e a condução dos casos clínicos em Terapia Ocupacional. Sabemos, desde essa época, que nosso raciocínio é de base narrativa, que se preocupa com as particularidades dos casos, tanto para construir nossa compreensão, ao contar histórias sobre os pacientes, como para conduzir o processo terapêutico de modo a construir uma história terapêutica de sucesso, na qual o sucesso reside em possibilitar ao paciente a vivência de uma experiência significativa, que transforme seu modo de ver a vida e de se ver, na qual assuma um papel mais ativo (MATTINGLY, 1998; MATTINGLY; FLEMING, 1994 apud MARCOLINO, 2012, p.15).

O raciocínio clínico é o recurso utilizado por profissionais para refletir, planejar, orientar e conduzir o tratamento do cliente (SCHELL, 2002). É um processo complexo e requer a capacidade de pensar e refletir em determinadas situações.

O Raciocínio Clínico na prática do Método Terapia Ocupacional Dinâmica se dá pela construção de novos sentidos e significados das atividades realizadas pelo

sujeito em seu cotidiano, através das experimentações na relação entre o terapeuta ocupacional, o sujeito alvo e as atividades, que se sustenta afetivamente em uma transferência positiva.

A motivação para iniciar este trabalho veio das dúvidas e questões sobre o Raciocínio Clínico, enquanto estudante e estagiária de terapia ocupacional na clínica de saúde mental no que diz respeito a todo processo terapêutico desde o primeiro momento, na recepção desse sujeito, no estímulo a comunicação, na construção de uma relação, e em questões que estão ligadas ao início do tratamento e que precisam ser esclarecidas para que o objetivo final do processo terapêutico venha a ter ganhos positivos.

Ao conhecer o MTOD e sua proposta, passei a ver as possibilidades que estavam surgindo a minha frente com relação as minhas dúvidas e questões e que ajudariam a compreender a importância dessa prática na vida dos sujeitos, contribuindo com a possibilidade de novos começos, encontros, transformações e significados em seu cotidiano.

Analisei artigos publicados de estudos de casos em saúde mental que me possibilitassem o acesso ao raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais com pensamentos voltados para a construção do entendimento dos casos e os argumentos para as intervenções a partir dos referenciais ao qual o método terapia ocupacional dinâmica propõe.

O esforço da construção do MTOD pelo processo de teoria da técnica nos possibilita hoje o acesso a uma estrutura teórico-metodológica que sustenta um raciocínio clínico em terapia ocupacional para caminhar em direção às necessidades do sujeito-alvo, definidas situacionalmente, e à construção de um cotidiano (MARCOLINO, 2012).

O referencial teórico-metodológico do MTOD impulsiona o terapeuta ocupacional a pensar, por excelência, neste modo narrativo. Claro que há situações em que o raciocínio proposicional se faz presente: quando se leva em conta o prognóstico de uma doença ou a realidade sócio-cultural para que saibamos cuidar das nossas expectativas, ou quando há escolhas no curso do processo terapêutico que dizem respeito a tratamentos padronizados. Entretanto, mesmo quando há uma condição que abre espaço para um pensamento generalizado de um tratamento padronizado, como para o tratamento de uma sequela ou déficit, no MTOD, este pensamento precisa se particularizar, voltar-se para as singularidades do caso, pois o

déficit só será tratado diante de uma abertura para a realização de alguma atividade, para se “fazer algo que é desejado ou o que se precisa fazer [...], como atividades para que atividades possam ser feitas” (MARCOLINO, 2003, p. 57).

2-OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Analisar através de uma revisão da literatura elementos do raciocínio clínico utilizados pelos terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental a partir do método da terapia ocupacional dinâmica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fazer um levantamento de publicações envolvendo raciocínio clínico, terapia ocupacional, método terapia ocupacional dinâmica e saúde mental.
- Fazer a análise de publicações estabelecendo relações entre o raciocínio na terapia ocupacional e no método terapia ocupacional dinâmica no campo da saúde mental.
- Analisar os tipos de raciocínio clínico utilizados pelo método da terapia ocupacional dinâmica.

3-METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado através de uma revisão da literatura, com caráter descritivo.

Foram realizados dois levantamentos: O primeiro para a fundamentação teórica, foram feitas buscas de artigos, capítulos de livros e teses que pudessem dar direções para a referida pesquisa sobre o raciocínio clínico na Terapia Ocupacional a partir do MTOD.

A pesquisa foi realizada através do acesso online nos Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar e Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO), por possuírem maior quantidade de publicações dos autores sobre o método, em especial a Revista do CETO que se configura como centro de formação específica do MTOD.

Foram encontrados 13 artigos no período de 2001 a 2017 nos Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar e Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO). Os critérios de inclusão foram: artigos em português (Brasil) disponíveis online e que abordassem o tema sobre o raciocínio clínico na terapia ocupacional a partir do MTOD no campo da saúde mental.

O segundo levantamento foi feito em artigos que não necessariamente tratam do raciocínio clínico, mas que apresentam relatos de experiência ou estudos de casos no contexto da atenção em saúde mental a partir do MTOD. A fim de, nesse escopo de artigos, identificar quais modalidade de raciocínio clínico são empregadas pelos terapeutas ocupacionais, mesmo que estas não estejam explicitadas pelos autores.

As buscas foram feitas nos Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar e Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional - CETO, de artigos que estivessem online e que trouxessem estudos de caso em saúde mental. O conteúdo de artigos na revista de Estudos em Terapia Ocupacional – CETO é bastante vasto, porém são poucos disponíveis online. Foram feitas buscas de edição a edição, no período de 1997 a 2019, onde foram encontrados 06 artigos.

A partir deste segundo levantamento, os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que diziam respeito a grupos e que não tinham em seu contexto a saúde mental.

Foi realizada uma análise de conteúdo, a partir do material encontrado, a fim de compreender como, nesses estudos de casos, os terapeutas ocupacionais empreendem as diferentes modalidades de raciocínio clínico.

Segundo Olabuenaga e Ispizúa (1989), a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que ao serem analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento.

Bardin (1979), nos fala que a análise de conteúdo busca o conhecimento do que está por trás das palavras e a partir do momento em que decide codificar o seu material, esta produzirá um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objetivo o de fornecer uma representação simplificada dos dados brutos.

As fontes bibliográficas selecionadas foram analisadas, possibilitando a elaboração do material de conhecimento específico e poderá ser consultado futuramente como referência.

Por se tratar de uma pesquisa que não envolve seres humanos, não foi necessário ser submetida ao comitê de ética e pesquisa.

4-O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA: UMA FORMA DE INVESTIGAR E PRODUZIR A PRÁTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL.

O MTOD foi construído a partir das observações, investigações e elaborações da prática clínica que se define a partir de seu núcleo central, a dinâmica da relação triádica (Sujeito-Terapeuta-Atividades).

Tem por referência e em especial Eleanor Clarke Slagle, a pioneira na Terapia Ocupacional, que deu início a produção teórica e metodológica nomeada de treinamento de hábitos, cujos elementos foram os fundadores de uma terapia ocupacional que busca pela saúde e não pelo enfrentamento de doenças, indo em direção a hábitos e condutas saudáveis (BENETTON, FERRARI E TEDESCO, 2003).

O programa de “Treinamento de Hábitos” apoiava-se na observação de qualquer conduta ou atitude saudável para, a partir dela, motivar uma nova ação. A formação proposta por ela abarcava tanto a forma de ensinar e motivar os pacientes a realizarem as atividades, quanto a auxiliar os terapeutas a estabelecerem um relacionamento positivo com elas. “Assim sendo, os procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da idéia de que serão, em parte, a exploração de

aspectos saudáveis e, por outra parte, a ampliação de recursos para a construção do cotidiano” (BENETTON, 2008, p.28).

“(Sobre o novo paradigma) Slagle, em oposição ao paradigma médico, cria ao mesmo tempo a profissão e a técnica de treinamentos de hábitos, ambas calcadas em espaços de saúde ou saudáveis. O pressuposto original, da Medicina, de enfrentamento e/ou aplacamento de sintomas, passa a ser evolutivamente substituído pelos fundamentos do “fazer” para construir cotidianos, com a qualidade do “bem-estar”, apesar de doenças, dificuldades ou deficiências.” (BENETTON, FERRARI e TEDESCO, 2003, p.38).

O Método tenciona o fortalecimento e a identificação dos fenômenos próprios da terapia ocupacional, lançando mão de um arcabouço teórico que é próprio da terapia ocupacional, sobre o conhecimento do que vem a ser atividade, análise de atividades, recurso e avaliação do processo clínico e que compete a cada terapeuta ocupacional sua forma de trabalhar o método.

A Terapia Ocupacional no MTOD propõe-se a ser um espaço de encontro-construção para provocar transformações. A idéia de liberdade associada à maturidade, limites e possibilidades de escolha, ou seja, uma liberdade atrelada a uma noção de coletividade e relacionamento.

“Terapeutas Ocupacionais têm diante de si a extraordinária tarefa de maximizar as possibilidades ocupacionais de indivíduos e grupos com os quais trabalham, a partir do reconhecimento do enorme potencial da ocupação criativa, significativa e transformadora.” (MAGALHÃES, 2013, p. 261).

A Terapeuta Ocupacional Maria José Benetton, ao longo dos últimos 40 anos, vem conduzindo o processo de teoria da técnica, que hoje é conhecido como Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Colocou a Terapia Ocupacional como objeto de estudo de forma a produzir teorias explicativas dos fenômenos da prática e metodologias que sustentassem a assistência.

A primeira fase de construção do método a terapia ocupacional estava fundamentalmente baseada na teoria psicanalítica – a Terapia Ocupacional Psicodinâmica que envolvia a psicologia comportamental, desenvolvendo estratégias para enfrentar o sofrimento psíquico (TEDESCO, 2007). A utilização referencial de D.W.Winnicott, mediando a expressão e a comunicação entre mundo interno e mundo externo foram as características mais associadas às atividades nesta fase (BENETTON, 1990 apud MARCOLINO e FANTINATTI, 2014).

“A relação do paciente psicótico, que oscila entre os momentos de completa indiscriminação entre a realidade interna e externa, e outros em que pode ter uma relação lúdica com o outro, poderá ser trabalhada na medida em que ‘o terapeuta e a atividade’ podem ser sentidos como ‘fenômenos transferenciais.’ (BENETTON, 1991, p.46).

Na segunda fase encontramos a ênfase no conceito de atividade como terceiro termo da relação triádica e seu uso como instrumento; uma tentativa de elaborar a criação de um alicerce tanto teórico como metodológico deste tipo de relação em conversa com a teoria psicanalítica. As atividades tomadas como instrumento, permitirá ao terapeuta ocupacional ensinar novas formas de fazer e ser, contribuindo na realização de ações que terão como finalidade o favorecimento de ligações entre o fazer e o falar do sujeito-alvo e ajudar no processo de significação do que é vivido na relação triádica (MARCOLINO e FANTINATTI,2014).

“O núcleo duro do método é constituído pelo que denominamos de dinâmica da relação triádica. Mais especificamente, da dinâmica de ação e reação a ser observada e trabalhada numa relação triádica.” (BENETTON, 2012, p.5).

Na terceira fase de construção do método, o enfoque é dado para o modo como as atividades instrumentalizam a criação de espaços de saúde para a construção do cotidiano. As atividades permanecem com a mesma definição da fase anterior, mas a partir de agora como um instrumento de possibilidades para a criação de espaços de saúde, onde os sujeitos passam a apropriar-se do que é seu, a se reconhecer, a fazer suas escolhas para a construção do seu cotidiano (MARCOLINO e FANTINATTI, 2014).

4.1-Concepção de saúde para o MTOD

Na literatura específica do método, saúde também está associada à qualidade de vida. Nesse sentido, aproxima-se da noção de bem-estar e felicidade. O parâmetro está no sujeito e na sua própria avaliação. Inclui aspectos físicos, psicológicos e sociais e tem servido de balizador para a identificação do sucesso, ou não, de

estratégias terapêuticas. É importante ressaltar que a avaliação que o sujeito faz de sua qualidade de vida está relacionada às suas referências e essas são produzidas socialmente. Assim, se a sociedade de consumo faz crer que a felicidade se consegue com determinado padrão de vida, ou se divulga drasticamente ameaças, isso influenciará o julgamento da qualidade de vida (SEIDL e ZANNON, 2004 apud MAXIMINO, PETRI e CARVALHO, 2012).

Os teóricos do MTOD apoiados nos estudos de Canguilhem (1990 apud MAXIMINO, PETRI e CARVALHO, 2012), afirmam que o conceito de saúde deve conter as variações e anomalias existentes no humano e deverá ser suficientemente relativo para atender às particularidades daquilo que para uns e outros está contido na sua percepção de saúde e doença (CAPONI, 1997 apud MAXIMINO, PETRI e CARVALHO, 2012).

Na saúde, o sujeito pode ser capaz de adoecer e recuperar-se, e será sempre um orientador que indicará suas possibilidades de ação. Sendo assim, a saúde será vista na singularidade do sujeito que é atendido, suas demandas e dificuldades, possibilitando a ele lidar com os eventos da vida, onde, alguns deles, ele não escolheu. Os autores do método afirmam que saúde não pode ser definida a priori, mas a partir daquilo que cada sujeito identifica como saúde para si mesmo. Esse objetivo está referido à ética que guia os procedimentos (MAXIMINO, PETRI E CARVALHO, 2012).

Benetton (2006) caracteriza a doença como um tipo de necessidade de ajuda para pessoas cujo equilíbrio físico e/ ou psíquico encontra-se prejudicado de alguma forma.

A Terapia Ocupacional vai construir o processo terapêutico a partir das demandas e dificuldades trazidas ou identificadas na relação triádica do que cada sujeito considera saúde e construir com ele um caminho de significação e de autonomia (MAXIMINO, PETRI e CARVALHO, 2012).

4.2-Cotidiano e o método terapia ocupacional dinâmica

Para o MTOD, os chamados “hábitos saudáveis” serão construídos como aspectos constituintes do cotidiano e da vida, sendo vistos de maneira complexa e

não apenas como condicionamento ou prescrição (MAXIMINO, PETRI e CARVALHO, 2012).

A construção do cotidiano para o MTOD está intrincada nas possibilidades de inserção social e de vida desse sujeito. Baseado nas observações e investigações da clínica, o MTOD construirá a partir do que essa clínica se fundamenta, que é o “fazer”, cotidianos prováveis e saudáveis para esse sujeito apesar de alguma doença, dificuldades ou deficiências (MAXIMINO, PETRI e CARVALHO, 2012).

“No MTOD, então, o significado do cotidiano do sujeito alvo, nos aspectos individuais e sociais, é o fundamento principal para a sua inserção social. É, enfim, por meio dessa significação que o sujeito alvo, como cidadão, toma em suas mãos seu jeito de ser, para impor a sociedade que o receba desse jeito mesmo e que não precise esperar pela mudança social para nela se inserir. Nesse sentido, ele mesmo se torna agente dessa mudança.” (BENETTON, 2010, P.39).

Marcolino (2016) fala que na atualidade a lógica paradigmática que no início do século passado, na fundação da profissão, caracterizava-se pelo treinamento e mudanças de hábitos visando à adaptação e reinserção social, vem sendo resgatada por uma outra vertente, um movimento que retorna à valorização da ocupação.

Magalhães (2013) pontua as discussões em escritas da terapia ocupacional na literatura anglo-saxônica que vêm sugerindo que a prática profissional venha facilitar a participação em ocupações e deixe de lado a lógica do paradigma médico de prescrever tratamento com base nos sintomas.

Ao falar em cotidiano, nos remete a pensar nas ações de nossas rotinas, fazer coisas repetidamente porque ficaram registradas em nossa memória e assim vão se repetindo continuamente tornando-se hábitos. O cotidiano da clínica da terapia ocupacional é um encontro onde construções e transformações serão criadas para dar espaços a transformações de cotidianos possíveis aos sujeitos que por diversos fatores, tanto interno quanto externo, foram alterados (BENETTON, TEDESCO, FERRARI, 2003).

Terapeutas Ocupacionais têm voltado seu olhar para a cotidianidade como elemento balizador de suas intervenções e reconhecimento da dimensão cultural das atividades no dia a dia, com projetos que tenham maior sentido para o sujeito. Nesse contexto, o MTOD busca oferecer novos sentidos e significados através das atividades que o sujeito realiza em seu cotidiano, por meio das experimentações na relação

triádica (terapeuta – sujeito-alvo – atividades) e tendo apoio afetivo numa transferência positiva, superando as consequências de um cenário de ruptura, erosão e crise na vida, para assim prosseguir numa relação entre vida cotidiana e a construção pessoal.

A partir do estudo de alguns autores, para o MTOD o conceito de cotidianidade pode ser assim descrito,

“Cotidianidade é um conjunto de procedimentos que formam o tecido da atividade social, procedimentos estes que são da ordem tanto do individual (uma vez que são práticas, rotineiras do indivíduo na manutenção de sua vida pessoal), quanto do coletivo (são práticas que efetivam construções históricas ao determinarem as maneiras majoritárias de fazer as coisas num grupo social).” (TEDESCO, 2007, p.37).

Kujawski (1991), traz em seu ensaio “A crise do cotidiano” idéias que os autores do MTOD utilizam para trabalhar o cotidiano. Esse autor pontua que:

"Cotidiano significa, etimologicamente, cada dia; é a unidade de medida da sucessão da vida humana, feita de um dia após o outro. É o dia a dia, conceito que apreende melhor o caráter fluido, sucessivo e continuado do cotidiano. O cotidiano inclui o indivíduo no plano da vida em comum, com os outros, na vida de todos nós em comunidade. O cotidiano é basicamente comunal, ele integra o indivíduo na comunidade. A sucessão contínua dos dias e das noites, sem pausa, suscitando sempre as mesmas condutas e idênticas expectativas em relação ao outro e às coisas, momento após momento, na mesma ordem invariável, funciona como uma gramática comunitária irrecusável que temos que preencher com nossa criatividade pessoal.”(KUJAWISKI, 1991 apud MARCOLINO, 2016, p.109).

Este autor fala de uma crise de existência, da perda de domínio sobre si no mundo pela erosão do cotidiano e da impossibilidade de projetar o futuro e se projetar nele.

Em situações desta qualidade, em que a vida cotidiana sofre uma alteração importante ou se esvazia de sentido, a atuação do terapeuta ocupacional envolve construir ou recuperar a dignidade da experiência e da ação cotidiana. O bem-estar do sujeito-alvo só pode ser definido por ele mesmo e sua relação com a realidade da vida cotidiana.

4.3-Diagnóstico situacional

O MTOD considera que os sujeitos-alvo vivem experiências tanto no pessoal quanto no social de desvalorização de seu cotidiano: são vistos apenas pelo que eles não fazem, indo sempre ao encontro da doença. Nesse sentido, é importante para o MTOD favorecer a esse sujeito experimentar, reconhecer e desejar dar significação as novas ações e relações, observando as capacidades e habilidades desse sujeito para a construção do cotidiano e sustentado positivamente essa construção numa relação entre o terapeuta, o sujeito alvo e as atividades (MARCOLINO, 2016).

Para se construir ou reconstruir a vida cotidiana dos sujeitos-alvo, um procedimento inicial e importante no método é o diagnóstico situacional. É uma prática que permitirá conhecer o sujeito e seu cotidiano, suas atividades e relações e que inclui observar e investigar o que faz, como faz, com quem e onde faz, como é apreciado por ele e pelos que o rodeiam, elementos que dão a primeira noção de sua vida cotidiana (BENETTON, FERRARI E TEDESCO, 2003).

Diagnóstico situacional é uma análise da situação atual em que se encontra o sujeito mediante informações colhidas não somente pelo discurso verbal, mas também pelas observações do terapeuta ocupacional na vivência da relação triádica e na análise dos afetos dessa relação. No MTOD, o diagnóstico situacional não pretende definir objetivos a priori, baseados na indicação inicial ou nas características que definem aquele sujeito como pertencente a uma população alvo¹, mas sim manter a constante pesquisa, que é conduzida ao longo do processo, juntamente com o sujeito a partir do seu fazer com o terapeuta. Essa atitude é coerente com a ideia de que a alta ou o final do processo também seja determinada pelos sujeitos envolvidos e principalmente pelo paciente, quando ele indicar que atingiu a sua saúde. (BENETTON, 2006 apud MAXIMINO, PETRI e CARVALHO, 2012).

O diagnóstico situacional oferece um panorama circunstancial, de determinado momento da vida do sujeito, sobre como ele se percebe, como os outros o percebem, quais sentidos são construídos por ele e por essas pessoas a respeito do que lhe aconteceu, o que faz e como se relaciona com as pessoas, tendo em vista o impacto

¹Quando não há mais a possibilidade do sujeito ser, fazer e se relacionar. Pessoas cujo equilíbrio físico e/ou psíquico esteja prejudicado de algum jeito e que está interferindo tanto nos aspectos individuais quanto no social pois sabemos que o alicerce da terapia ocupacional é a inserção social do sujeito-alvo.

direto desses sentidos construídos e destes modos de se relacionar em seu cotidiano (BENETTON e MARCOLINO, 2013).

4.4-As atividades no MTOD

Outro elemento fundamental no método é a concepção de relação terapêutica como tríade e eixo do processo terapêutico. Benetton (2006) investe na construção teórico-prática do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) a partir da edição de “Trilhas Associativas” onde investe no conceito de dinâmica da relação triádica (terapeuta-paciente-atividades) e este vai ser entendido como central no método.

As atividades no MTOD, são definidas como o instrumento da terapia ocupacional e conceituadas como o terceiro termo da relação triádica. Assim se caracterizam, pois possibilitam e sustentam uma dinâmica de funcionamento, num movimento de ação e reação que são importantes e determinantes na relação dinâmica da tríade (BENETTON, 1994).

Benetton (1994) sugere direcionar o sujeito a experiências com atividades, deixando que ele consiga chegar a um caminho inicial e que nesse caminhar o sujeito seja incentivado a usar o seu potencial, suas habilidades e maneiras diferentes de se relacionar.

As atividades têm sua flexibilidade e multiplicidade de maneiras que podem ser clinicamente manejadas, levando à reflexão e à criatividade, implicando em pensamento e em uma ação correspondente a essa ideia. O termo atividades no plural é usado, porque uma atividade sempre implica em muitas atividades, desde as mais subjetivas às mais concretas (BENETTON e MARCOLINO, 2013).

No MTOD, as atividades têm um caráter universal, um tratamento particularizado, específico e próprio que permite diferenciá-las de outras formas de uso. Esse caráter é distinguido por um triplo domínio de funções que é o terapêutico, educativo e social.

O caráter social das atividades no MTOD sustenta-se na construção e recuperação da dignidade da experiência e da ação cotidiana. Uma vez que a própria vida cotidiana está imbricada no social, como construção pessoal na prática social (BENETTON, FERRARI e TEDESCO, 2003).

Os aspectos terapêuticos e educacional se unem como função terapêutica e ação educativa através do aprender, do instruir e de conseguir fazer atividades. Esses aspectos se estendem da clínica para a ampliação de atividades no cotidiano, e que dá ao MTOD uma sustentação segura e direcionamento na assistência, ensino e pesquisa (BENETTON E MARCOLINO, 2013).

A ampliação de espaços de saúde resulta em fazer atividades em locais externos ao local de atendimento e que muitas vezes ao serem testadas e aprovadas, passam a acontecer com alguma regularidade. Em alguns casos, o sujeito passa a adquirir autonomia para realizá-las sozinho. Outras vezes precisa de um suporte maior como familiares ou pessoas que o apoiem socialmente e também de outros terapeutas ocupacionais.

Nesse caminho de construção do cotidiano, uma rede de relações vai se constituindo a partir desse núcleo central: uma nova relação triádica surge sem a necessidade de se desligar da outra. Benetton as conceitua como quarto termo da relação com base na tríade terapeuta–paciente-atividades, onde o sujeito muitas vezes consegue adquirir autonomia para dar conta sozinho mas outras vezes não, e é quando surge a importância de um suporte maior que lhe ofereça um apoio social, como: sair à noite, ir ao cinema, fazer um curso, dar início à prática de algum trabalho, enfim, uma relação que vai além dos três termos da relação triádica e que é chamado de um representante social. Essa ideia de quarto termo permite incluir vários terapeutas ocupacionais trabalhando no mesmo caso. E isso tem se mostrado de grande potencialidade para a ampliação e sustentação dos espaços de saúde. (MARCOLINO, 2016)

[...] com atividades podemos tratar, educar, alterar o ambiente e incluir pessoas num sistema que [lhes] permita integrações e interações [...] (BENETTON, 2008, p.29).

As atividades, enquanto instrumento, têm diversos objetivos, dentre eles: a observação, a informação, a análise, a educação, o tratamento, a composição de histórias e a inserção social. Para isso, as atividades são vindas e significadas na relação triádica. A relação, por sua vez, é sustentada no e pelo fazer atividades (MORAES, 2008).

E esses procedimentos seguirão uma ordem que é a observação, a informação e a associação. Um espaço de historicidade vai se estabelecer de acordo com o terapeuta através de suas observações, informações e possíveis associações, onde

será estabelecido um espaço possível que significará o que ali se faz e com isso construir uma provável história das criações naquele tempo clínico. Um tempo onde o que importa, não é o tempo cronológico, mas sim um tempo narrativo, onde junto com o sujeito alvo será construída uma narrativa de sua história enquanto estiver sendo acompanhado pela terapia ocupacional (BENETTON e MARCOLINO, 2013).

Durante o processo de realização de atividades, o terapeuta ocupacional pode manejar múltiplos acontecimentos para que o sujeito venha a enriquecer sua vida cotidiana através de aquisições, habilidades e autoconhecimento.

As Atividades escolhidas pelo terapeuta como instrumento, mobilizarão o sujeito envolvido a fazer novas experimentações que o levarão a formas de ser e fazer e que será o início do caminho para o processo de significação do que está sendo vivido e construído a partir da relação triádica.

O proceder da terapeuta ocupacional e o caminho para o seu agir é dado pelas atividades. Ao vinculá-las em todas as situações e em todos os tempos de um atendimento, tornam-se centrais para os processos que sustentam o raciocínio clínico da terapeuta ocupacional (MARCOLINO, 2012).

Assim estarão definidas condições para que seja desenvolvido um jogo aberto e dialético, onde os participantes envolvidos no processo estão lá para fazer e fazer da forma mais alegre e divertida, construtiva e a mais participativa que for possível (BENETTON, 1994).

5-RACIOCÍNIO CLÍNICO NA TERAPIA OCUPACIONAL

Teorias produzem e definem as bases filosóficas de uma profissão. No entanto, por ser de natureza abstrata, várias vezes, seus princípios e pressupostos apresentam-se distantes da prática clínica (COHN,1989 apud MANCINI e COELHO, 2008). Mediante a necessidade dos profissionais de uma organização que irá direcionar sua clínica com resultados esperados na prática, o raciocínio clínico é um veículo estruturador da prática dos profissionais de saúde.

No passado o termo raciocínio clínico foi utilizado por muitos autores mas recentemente alguns termos como raciocínio profissional e raciocínio terapêutico foram utilizados no esforço de encontrar uma palavra que não estivesse tão ligada a medicina, uma vez que a prática da terapia ocupacional não acontece só em

ambientes médicos, mas também em ambientes educacionais e comunitários (MANCINI e COELHO, 2008). Segundo Rogers (1983), o objetivo do raciocínio clínico visa estruturar ações terapêuticas que irão acolher devidamente as demandas e interesses trazidos pelo sujeito.

Nos dias de hoje, referências e indícios que estão relacionados ao raciocínio clínico na terapia ocupacional estão focados nas teorias que determinam as suas características filosóficas e o contexto terapêutico, que servirão de apoio para a prática profissional (MANCINI e COELHO, 2008).

Seja qual for o foco de uma circunstância terapêutica, o raciocínio clínico é um componente de grande importância na diferenciação do conhecimento da prática, sendo conhecido como causa distinta da habilidade do profissional e determinante na qualidade da atuação clínica (HOOPER, 1997 apud MANCINI e COELHO, 2008).

Na prática, o raciocínio clínico é um processo de corpo inteiro e multissensorial que requer uma atividade cognitiva complexa. Parte do raciocínio envolverá procedimentos em que pensamentos objetivos facilitarão para o terapeuta descrever a avaliação do desempenho ocupacional, as habilidades de vida diária e comportamentos no trabalho. Envolve também a identificação e a estruturação dos problemas com base na compreensão pessoal da situação do cliente (SCHON, 1983 apud SCHELL, 2011). Os profissionais buscam através de suas próprias experiências pessoais e também da prática, resolver os problemas trazidos por cada cliente através de ações que serão conduzidas também com o conhecimento teórico do profissional para evitar suposições injustificadas ou usar técnicas que não surtem efeitos desejados no tratamento e também levar o profissional a reflexão sobre como suas experiências se parecem ou não com relação ao seu entendimento teórico (PARHAM, 1987 apud SCHELL, 2011).

Na terapia ocupacional são utilizados diferentes tipos de Raciocínio Clínico que formarão as informações clínicas significativas do sujeito para elaborar e fazer planos de intervenção (MANCINI E COELHO, 2008, p.14).

Estudos indicam que o raciocínio clínico na terapia ocupacional expõe qualidades de reflexão utilizados na prática, que se apresentam com diferentes focos (MANCINI E COELHO, 2008):

O raciocínio científico que inclui dois subtipos, o raciocínio diagnóstico e o raciocínio referente a procedimentos terapêuticos. Esse tipo de raciocínio está baseado na doença e na incapacidade do sujeito. Inclui uma teoria como base que

conduzirá compreender o sujeito, o seu processo saúde-doença e suas necessidades através do desenvolvimento de uma maneira sistemática de coleta de dados que avaliará e identificará os problemas ocupacionais desse sujeito, criando procedimentos e propostas que ajudarão a encontrar respostas para estes problemas.

O Raciocínio narrativo trata-se de um raciocínio prático direcionado a uma ação. O terapeuta necessita entender o contexto do problema a partir da perspectiva vivida pelo sujeito. Valoriza a relação terapeuta-sujeito e amplia o foco dado à vida do sujeito e para o contexto no qual ele vive. O importante é focar nos processos que envolve mudanças necessárias para se alcançar o que é imaginado para o mesmo e com o impacto da doença sobre a vida do sujeito.

O Raciocínio condicional é a capacidade do terapeuta ver o sujeito no contexto presente e exercitar sua capacidade de antevê-lo em contextos futuros possíveis e assim fazer escolhas mais adequada ao seu tratamento. O Raciocínio pragmático envolve aspecto do raciocínio clínico e contextos pessoais do terapeuta e de sua prática clínica, terapeuta-sujeito. Esse contexto pessoal inclui repertório de habilidades do terapeuta, habilidade para perceber a cultura, seus valores pessoais e crenças, habilidades de negociação e motivação pessoal. Envolverá também os contextos da prática clínica que são as relações de poder no contexto em que o terapeuta está inserido, formas da sua atuação, tipos de espaço, equipamentos e materiais disponíveis e redes sociais de suporte. O Raciocínio interativo compreende o sujeito como pessoa e visa compreender como é diariamente sua situação de saúde. Através da coleta e informações do sujeito esse raciocínio busca entender o significado subjetivo da experiência de incapacidade desse sujeito. E por último o Raciocínio Ético que tem sido identificado como elemento-chave do raciocínio profissional envolvendo tomada de decisão sobre riscos e benefícios para o cliente (MANCINI e COELHO, 2008).

Os diferentes tipos de raciocínio clínico ilustram as variadas operações mentais que os terapeutas ocupacionais usam quando trabalham com os sujeitos em determinado contexto, constituindo uma estrutura de pensamento específica da Terapia Ocupacional. Apesar de descritas isoladamente, as várias formas de raciocínio clínico se manifestam de forma integrada, durante o processo de intervenção (MANCINI e COELHO, 2008).

Estes estudos confirmam que os profissionais mais experientes possuem um corpo mais organizado de conhecimentos, desprezam informações irrelevantes,

elaboram muitas hipóteses, são mais rápidos e utilizam menos esforços para a identificação e resolução de problemas. Além disso, mudam mais rapidamente de um raciocínio para outro, seu raciocínio é mais intuitivo e tácito, e sua prática tende a ser mais centrada no cliente (MARCOLINO, 2009).

6-RACIOCÍNIO CLÍNICO NO MTOD

Marcolino (2009) nos descreve que a tarefa inicial do terapeuta ocupacional, e que se sustenta durante todo o processo terapêutico, é a de compreender as atitudes e o mundo de valores, crenças e expectativas do paciente e utilizar estas observações e informações em uma história que faça sentido. Nesta situação, uma imagem do paciente é criada no presente, e a possibilidade de uma imagem no futuro, como um todo compactado passado-presente-futuro, através da qual o terapeuta percebe aonde o paciente pode chegar.

A doença e seus cuidados são constituintes do cotidiano e criam com o social ligações importantes. Refletir na inserção e participação social para alcançar a ampliação do cotidiano na vida do sujeito-alvo acarreta intervenções centradas tanto no sujeito quanto nas pessoas que participam desse cotidiano e que devem aceitar o modo de ser, de fazer e de relacionar desse sujeito (SILVA, ASSAD E MARCOLINO, 2017).

Benetton (2010) fala que o sujeito-alvo dará início a significação de suas atividades, através do processo de fazer atividades com o terapeuta ocupacional, construindo assim um espaço chamado de “espaço de historicidade” e de construção de um cotidiano positivo e saudável. E nesse espaço de encontro-construção, a ação educativa sustentará a função terapêutica, através do aprender, ensinar e realizar atividades, proporcionando reconhecer o que pertence a esse sujeito-alvo, quais são suas capacidades e habilidades, gerando assim um ambiente para o fazer atividades e a ampliação de um cotidiano favorável a esse sujeito.

Com essa estrutura, tem-se o início do processo de construção do raciocínio clínico no MTOD, em um meio de ensino e aprendizagem da prática, e com a composição diagnóstica inicial (SILVA, ASSAD E MARCOLINO, 2017).

Para que significados possam ser descobertos, construídos e transformados o MTOD apresenta uma estrutura teórico-técnico como um caminho a se chegar no individual e social. Esse significado ocorrerá na relação triádica e é a partir dessa

relação que a expectativa de uma narrativa se coloca e que estimula o raciocínio clínico a analisar as características do movimento dinâmico que acontece nessa relação que é um elemento central para análise e ações (MARCOLINO, 2012).

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

Identifica-se no MTOD tipos de raciocínio clínico que serão evocados pelo terapeuta ao longo do processo terapêutico. Temos disponível uma estrutura teórico-metodológica construída que dará suporte ao raciocínio clínico na terapia ocupacional que apesar de estarem discriminados separadamente, na prática a ação deles acontece de forma bem integralizada.

6.1-O raciocínio diagnóstico

Benetton (1994), nos relata que raciocínio diagnóstico identificado também como um raciocínio narrativo, busca compor relações de diferentes aspectos da vivência cotidiana, e no MTOD é chamado de diagnóstico situacional.

O diagnóstico situacional irá compor um repertório de informações oriundos de inúmeras fontes, tanto as informações obtidas diretamente com o sujeito-alvo quanto as colhidas de forma indireta, através das pessoas que estão ligadas a esse sujeito e o diagnóstico de outros profissionais.

O MTOD se privilegia de informações que para ele são as que mais lhe favorecem, que é a observação que o terapeuta ocupacional estabelece do sujeito no decorrer da produção das atividades e da ação que acontece nessa relação. Segundo Benetton (1995, p.7): “Podemos e devemos partir da pura observação de fatos localizados na relação triádica, compondo de início uma armazenagem de informações que nos permita testar hipóteses e resolver problemas.”

Benetton (1994, 2006) fala que reconhecer a subjetivação da ação², das expressões corporais, das atitudes e até mesmo dos sintomas e dos fenômenos

²Do que é repetido, do que é criado, do que parece estar alterado por sentimentos e emoções.

transferenciais que acontecem na relação triádica e que nos proporciona uma forma de ser, estar e se relacionar, e que auxiliam na estruturação do raciocínio diagnóstico no MTOD.

Abaixo a reflexão de uma terapeuta ocupacional buscando compreender a dimensão subjetiva e relacional que faz parte do diagnóstico situacional.

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

Marcolino (2012), fala que é um processo que busca as particularidades, é um diagnóstico de caráter narrativo. No entanto, mostra-se como um pensamento narrativo que está ligado a um pensamento associativo, permitindo a criação de hipóteses, apontando caminhos para as intervenções de cuidado e, com o tempo fortalecerá o modo de significação das atividades.

6.2-O raciocínio procedimental

O raciocínio procedimental tem nas ações intencionais maneiras para agir dinamicamente na relação triádica a partir do que se compreende como necessidade do sujeito e a ampliação de sua participação na vida cotidiana.

Para o MTOD, estas ações estão frequentemente em construção, o terapeuta ocupacional deverá se colocar mais ativo na relação terapeuta-sujeito-atividades para possibilitar o ensino e a aprendizagem durante o fazer atividades, favorecendo a forma de se relacionar e sentir do sujeito-alvo (AMARO, 2009; BENETTON, 1994).

No MTOD, significar o que é vivido na relação triádica, será analisado a partir das atividades, cotidianamente de acordo com que o sujeito-alvo consegue avaliar na sua construção, tanto dentro quanto fora do setting terapêutico e quando inicia as suas trilhas associativas. Durante o processo de terapia ocupacional, as atividades realizadas mostram aprendizagens particulares do sujeito, com suas expectativas, desejos e também direcionam para uma narrativa com grande potencial de construção, que é capaz de abarcar significados do que foi vivido, do que foi elaborado

e se apresentam como um arcabouço para outras construções na vida e no cotidiano (BENETTON, 1994, 2006).

6.3-O raciocínio associativo

No MTOD, o raciocínio narrativo está interligado em um raciocínio associativo tanto no decorrer da construção do diagnóstico situacional, como no fazer para a formação de significados. “Para não associar alhos com bugalhos, como diz cotidianamente Jô Benetton” (MARCOLINO, 2012, p.20), é fundamental que a terapeuta ocupacional guarde em sua memória ou outros tipos de registros, dados que auxiliem na construção de suas hipóteses sobre o sujeito alvo e suas demandas.

“Este processo demanda uma certa organização que possibilite esta análise e acontece em um tempo que é narrativo, atemporal, causal, em que tempo e espaço vividos começam a fazer sentido e não em um tempo cronológico, sequencial.”(BENETTON, 1994, 2006; MATTINGLY, 1994, 1998 apud MARCOLINO, 2012, p.21).

Nesse sentido, Benetton desenvolveu as trilhas associativas que se constituem como uma técnica de análise de atividades pós-realização, com a participação ativa do sujeito no processo de agrupamento, comparação, associação e análise das atividades, permitindo assim, preferencialmente, a construção de uma narrativa através do que foi feito. As trilhas possibilitam a construção de um espaço subjetivo de historicidade, que conta não apenas a história do sujeito fora do setting como também a própria história da relação construída durante o processo de terapia ocupacional (BENETTON, 2005 apud SILVA, ASSAD e MARCOLINO, 2017).

O fazer atividades é importante, mas é preciso dialogar sobre elas, e na hora oportuna saber organizá-las e distribuí-las em subgrupos a partir do que teve significado ao sujeito. Cabe ao terapeuta ocupacional através dessa trilha associativa auxiliar, caminhando junto com suas hipóteses e falando delas, mas que partam do sujeito-alvo o autoconhecimento e a construção de novos sentidos, para que ele possa assim viver a vida e não a doença (BENETTON, 1994).

“Existe algo a ser feito antes como, por exemplo, um caminho que demonstre a correlação entre fatos, objetos e pessoas. [...] tendo a investigação clínica como base, vamos combinando suas partes que se encaixam. Ao rever esses trabalhos [...] em busca de lugares comuns, de semelhanças e diferenças,

de identificações e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nesta relação [...] se espera [...] que o paciente possa também contar a sua própria história.” (BENETTON, 1994, p. 96).

Benetton (1994) fala que um modo de realizar atividades significativas é bem mais a consequência do modo de se estar na relação e poder ou aprender, a aplicar em sua produção.

O MTOD sugere um sistema de significação que seja aberto, em que:

“Atributos, traços e déficits podem, portanto, ser definidos como desejáveis, indesejáveis, bons, maus, vantajosos ou desvantajosos dependendo da forma como são vividos e experimentados pelo sujeito e são significados na relação triádica, não se definindo por si.” (FERRARI, 2008, p. 37).

A partir desse processo, novas histórias passam a ser contadas, o que antes não era associado ou cogitado agora passa a ter novos valores. A partir daí, a ampliação de espaços saudáveis e a construção de um cotidiano próprio para viver do seu modo, não mais paralisado, mas buscando dar sentido à vida, mesmo que alguns problemas ainda se façam presentes (BENETTON, 2010).

6.4-O raciocínio ético-estético

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

O raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais é influenciado pelo contexto em que a assistência em terapia ocupacional ocorre e este tipo de pensamento tem sido chamado de raciocínio pragmático (SCHELL; CERVERO, 1993). Quando questões éticas estão envolvidas neste contexto, o raciocínio clínico foi nomeado de raciocínio ético (SCHELL e SCHELL, 2008).

Benetton e Goubert (2002), discutem dentro dos pressupostos do MTOD o problema do sujeito alvo, que é complexo, incerto, duvidoso, exige esforço intelectual, difícil de ser isolado e diagnosticado. Dificuldades surgem para estabelecer parâmetros, sejam eles de benefícios em oposição a malefícios maiores.

“Nosso raciocínio ético também precisa ser construído na singularidade de cada caso. Apoiando-se em Wittgenstein (CHAUVIRÉ,1989 citado por BENETTON, 20006), “impregnar a vida com ética” (BENETTON; GOUBERT,

2002) é a máxima que nos orienta, pois compreendemos que as decisões éticas são problemas de resolução na prática, definidas particularmente, a cada momento e a cada situação, e que é aí que reside nossa responsabilidade clínica.”(MARCOLINO, 2012, p.22).

No MTOD, a transferência do raciocínio ético para a relação triádica, está na busca de uma experiência de construção e integração (BENETTON, 2006). Aberturas ocorrem através de possíveis associações, entre o pensar em si e em suas atividades, a partir da construção de novos sentidos pelo sujeito alvo.

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

No MTOD o raciocínio ético-estético está imbricado no que diz respeito ao terapeuta ocupacional identificar e mostrar o que é do que não é nosso, e nessa construção, qual o nosso lugar e de que maneiras podemos investir nessa relação com o outro (MARCOLINO, 2012).

7-RESULTADOS

Nessa seção serão apresentados os resultados da busca dos artigos publicados por autores sobre o MTOD que apresentam relatos de experiência ou estudos de casos no contexto da atenção em saúde mental pesquisados no Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar e Revista do Centro de Estudo de Terapia Ocupacional - CETO no período de 1997 a 2019. Obteve-se, portanto, o total de 06 artigos, dos quais: 1 nos Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar, 5 na Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional - CETO. O quadro a seguir apresenta os artigos após a leitura e análise, evidenciando o título; o assunto; as modalidades de raciocínio clínico observadas; o contexto e o tipo de método de estudo de caso ou de relato de experiência utilizado pelo autor.

Título do artigo (referência)	Assunto	Modalidades de raciocínio clínico observadas	Contexto	Método
Da paralisia do cotidiano: abrindo espaços de saúde a partir do reconhecimento da doença. (SILVA; ASSAD; MARCOLINO, 2017)	Discute o novo contorno em face do não reconhecimento da doença, abrindo espaço no cuidado em terapia ocupacional a partir da hipótese diagnóstica de transtorno afetivo bipolar (TAB)	Raciocínio Diagnóstico (situacional); Raciocínio procedimental; Raciocínio Associativo; e Raciocínio Ético-Estético	Acompanhamento em Clínica-Escola durante um semestre	Relato de experiência de um caso clínico
Por onde começamos? Que tal pela terapia ocupacional? Relato de uma experiência escrito a muitas mãos. (ZERBINATI et al, 2012)	Discute a partir de uma experiência de atendimento em terapia ocupacional, conceitos apreendidos na formação no MTOD como a construção de uma trilha associativa para futura análise de atividades	Raciocínio Diagnóstico (Situacional); Raciocínio associativo; Raciocínio Procedimental e Raciocínio Ético-Estético	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	Relato de experiência de um caso na clínica da dependência química

Título do artigo (referência)	Assunto	Modalidades de raciocínio clínico observadas	Contexto	Método
A transferência na constituição da relação triádica: relato clínico. (CECCATO, 2012)	Discute como o reconhecimento da transferência no setting pôde facilitar a realização de atividades e consequentemente ampliar e definir o cotidiano do sujeito	Raciocínio Diagnóstico (Situacional); Raciocínio associativo; Raciocínio Procedimental e Raciocínio Ético-Estético	Atendimento em consultório particular	Descrição de caso clínico
Novas histórias na relação triádica: Recorte de um processo de terapia ocupacional. (CORDEIRO, 2010)	Retrata experiência e discute situação de paciente que trazia como queixa a dificuldade em dar continuidade e às atividades que iniciava, tendo um esvaziamento de seu cotidiano	Raciocínio Diagnóstico (situacional); Raciocínio procedimental; Raciocínio Associativo; e Raciocínio Ético-Estético	Atendimento em consultório particular	Relato de experiência enfocando o recorte de uma situação no processo terapêutico

Título do artigo (referência)	Assunto	Modalidades de raciocínio clínico observadas	Contexto	Método
O exercício da clínica da terapia ocupacional na especialização profissional. (SANTOS,1999)	A construção de novos caminhos durante o processo terapêutico com as observações dos acontecimentos durante o processo	Raciocínio Diagnóstico (situacional); Raciocínio procedimental; Raciocínio Associativo e Raciocínio Ético-Estético	Não especifica no artigo	Construção de caso clínico no contexto da especialização no MTOD
Terapia ocupacional: relato de uma experiência do trabalho desenvolvido em saúde mental. (SANT'ANNA,1997)	Reflexão sobre o papel da terapeuta ocupacional no tratamento com portadores de deficiência visando primeiramente a saúde mental e consequentemente a integração social e qualidade de vida	Raciocínio Diagnóstico (situacional); Raciocínio procedimental; Raciocínio associativo e Raciocínio Ético-Estético	Atendimento em consultório particular	Relato de experiência

Observando o quadro, podemos perceber que todas as modalidades de raciocínio clínico são recorrentes, pois as reflexões feitas pelos terapeutas ocupacionais foram construídas sustentando-se no MTOD e, nele, essas modalidades se complementam e são acionadas a todo momento no processo terapêutico.

Podemos atentar que alguns artigos são o resultado do processo de formação de terapeutas ocupacionais no MTOD e, portanto, buscam desenvolver a construção

do raciocínio clínico na terapia ocupacional apoiado no MTOD, utilizando termos e conceitos próprios do método, bem como de seus constructos teóricos.

Metade dos artigos descreve o resultado do processo de formação de terapeutas ocupacionais, sendo eles: Zerbinati (et al., 2012); Santos (1999) e Silva, Assad e Marcolino (2016). A outra metade dialoga a partir da sua atuação como profissionais já especializados no MTOD: Sant'Anna (1997); Cordeiro (2010) e Ceccato (2012).

8-DISCUSSÃO

Os artigos analisados nesse estudo tiveram sua construção fundamentados no MTOD a partir da observação e investigação da clínica. Categorizaremos as modalidades de raciocínio clínico utilizadas pelos autores em seus estudos e de que forma aparecem na construção dos casos.

8.1-Raciocínio diagnóstico

O raciocínio diagnóstico nomeado no MTOD de diagnóstico situacional é composto por diversas informações tanto diretamente com o sujeito-alvo quanto indiretamente, através das pessoas que convivem com esse sujeito e por outros profissionais. Essas informações compreendem o que ele fala sobre si, suas histórias e como é o seu cotidiano (MARCOLINO, 2012).

Segundo Moraes (2008), o terapeuta ocupacional utiliza o diagnóstico situacional, levantando informações para conhecer esse sujeito-alvo, tanto para ajudar no tratamento quanto no seu cotidiano. Além das informações observadas do sujeito no setting da terapia ocupacional também colhemos informações com outros profissionais que o acompanham e com as pessoas que fazem parte do seu dia a dia. Porém, a observação colhida no setting é muito importante para se entender esse indivíduo e assim compor um primeiro diagnóstico situacional, possibilitando assim, o início da construção de uma história com esse sujeito.

Chegaram como combinado Vera, a irmã Lia e a filha da paciente, Jéssica e conversamos as quatro. Lia é uma jovem senhora alta, que usava óculos e respondia as minhas perguntas sem se mostrar agitada, nem assustada e

nem contrariada por estar ali. A irmã de Lia conta dos seus gastos exagerados sem necessidade, do alto tom da voz, da falta de atividades para preencher seu dia e que ela tinha que administrar sua medicação [...], a doença se manifestava há mais de 20 anos. A queixa de Lia era diferente: dizia já ter tentado fazer muitas coisas na vida, sem dar continuidade a nenhuma delas. Ela passava o dia em casa fumando, tomando café e conversando com as vozes que apenas ela ouvia. (CORDEIRO, 2010, p.5).

Nesse trecho, podemos perceber que Cordeiro (2010) empreende o raciocínio diagnóstico ao associar informações colhidas na narrativa dos familiares referentes a como estes vêem a paciente e a situação em que ela se encontra no processo de adoecimento em diálogo e oposição ao modo como a própria paciente se vê e significa sua relação com as atividades que realiza no cotidiano. O diagnóstico situacional não é definido a partir de um a priori ligado à patologia, e sim a partir da experiência com o adoecimento e as relações marcadas pelo estigma e exclusão social que advêm da situação diagnóstica.

Benetton (2006), afirma que a exclusão social é o início para o sujeito-alvo ser assistido pela terapia ocupacional, pois dado o seu afastamento de suas atividades significativas cotidianas, a sua interação com a família também é abalada, na escola e no trabalho, transformando-se muitas vezes em pessoas solitárias.

No primeiro atendimento, observei que Michele demonstrou vergonha, agitação e ansiedade [...], disse não ter mais contato com os amigos, que não saía mais de casa para passear e que só ficava dentro de casa com os pais. Era acompanhada pela médica psiquiatra do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), por ter um quadro psiquiátrico, o TAB (Transtorno Afetivo Bipolar). [...], minha percepção é que ela se referia ao diagnóstico com grande pesar e tristeza. [...], depois de um breve silêncio, ela disse concordar com o diagnóstico [...], e disse não ter muito conhecimento sobre esse quadro [...]. A mãe falou de suas angústias em relação ao diagnóstico da filha, das dúvidas sobre a capacidade da filha ingressar no mercado de trabalho, do medo de seu futuro quando seus pais morrerem [...], quando recebia visita, se escondia no quarto e ficava muito tempo sem fazer nada. Reconhece que ela e o marido adotam uma postura superprotetora, mas que estavam dispostos a mudar. (SILVA, ASSAD e MARCOLINO, 2017, p.403).

No trecho acima, podemos observar num primeiro atendimento o início para se compor um diagnóstico situacional, no qual SILVA, ASSAD E MARCOLINO (2017) buscam obter informações da paciente através da sua história e de seu cotidiano. Percebem que a doença traz alterações emocionais como nervosismo, inquietude e alterações de humor e que esse novo universo se coloca como um grande obstáculo, não apenas para Michele, mas também para sua família, deixando-os paralisados.

Segundo Benetton (2006) o diagnóstico situacional é uma das fases que ajuda na organização do que se observa na clínica, e que compõe um quadro relativo de momentos na vida do sujeito-alvo da terapia.

E., 33 anos, fez formação acadêmica em medicina clínica, sem ter nunca exercido a profissão após a residência, chega a nossa equipe, após ter sido atendido em diferentes instituições psiquiátricas. Recebeu diagnóstico clínico de esquizofrenia paranoide. Tinha atendimento psiquiátrico [...], o qual foi interrompido pela tamanha dificuldade que possuía para sair de casa. O paciente em questão morava com a irmã mais velha. Era ela quem acompanhava o tratamento e nos fornecia dados importantes da história dele, nos auxiliando na indicação terapêutica e na constituição do diagnóstico situacional. (SANTOS, 1999, p.34).

Enquanto Santos (1999), a partir do que encontramos no trecho acima sugere que entre outras coisas, o diagnóstico situacional analisa as condições socioemocionais desse sujeito, de que maneira estar inserido ou não no social, qual lugar que ele ocupa na família, com amigos, nas atividades esportivas e de lazer.

Ceccato (2012) nos fala que o diagnóstico situacional vai além do que se compreende da condição física, psíquica, social e familiar do sujeito-alvo, deve-se atentar para o impacto que tudo isso tem na vida do sujeito, no modo como ele vive o adoecimento, realiza atividades, como se vê e é visto pelos outros.

8.2-Raciocínio procedimental

Para o MTOD, a base que organiza todos os procedimentos é o movimento da dinâmica da relação triádica, caracterizando-os como educacionais e relacionais. A relação triádica requer por parte do terapeuta ocupacional uma postura mais ativa, promovendo o ensino e a aprendizagem, apoiado na técnica de realização de atividades, na promoção do afeto, do sentir e do se relacionar. (MARCOLINO, 2012)

Benetton (1994) nos fala que os procedimentos, baseados em um meio de troca de informações, viabilizam a entrada e o cuidado do sujeito alvo na relação triádica.

Ana chega sozinha ao consultório. Mora com a mãe, tem uma irmã mais velha. Tem 29 anos, é solteira e arquiteta. [...] Conta-me que se sente muito sozinha, [...] quando está muito angustiada, se bate, se belisca, tira seu próprio sangue e o guarda em seringas em seu quarto. Convido-a para conhecer o armário dos materiais da sala de atendimento. Ana mostra-se muito curiosa, mas quando sugiro que escolha algum deles para fazermos alguma atividade, recusa-se dizendo que tem vários materiais em casa e que

poderá usá-los se tiver vontade. Em outro atendimento, Ana chega contando-me que uma amiga a convidou para seu chá de bebê. Pergunto se já pensou no presente que levaria e ela me diz que seria um babador, me perguntando onde poderia comprá-lo. Digo que poderia fazê-lo naquele espaço e, para minha surpresa, aceita, escolhendo bordar em ponto cruz. (CECCATO, 2012, p.29).

No trecho acima, Ceccato (2012) nos mostra a importância de se buscar uma ligação afetiva, que permita caminhar de forma flexível pelos acontecimentos transferenciais, considerando reconhecer lugares que favoreçam a construção da relação triádica.

Em um dos encontros R. pede para fazer algo novo, convido-o para aprender a técnica e fazer um falso mosaico. Percebo, neste momento do processo de realização de atividades de R., o estabelecimento da relação triádica. (ZERBINATI et al, 2012, p.61).

Zerbinati et al (2012) nos falam que as atividades são constituintes de uma relação de cuidado, onde o sujeito é levado ao espaço de criação e onde está impressa a sua singularidade e que o terapeuta ocupacional deve estar capacitado a fim de manter um local de criação de narrativas que conceda ao sujeito dar significado ao seu cotidiano.

Alguns encontros foram realizados, nos quais E. passou a fazer sua atividade com maior envolvimento [...]. A atividade foi facilitando o encontro e aproximação da terapeuta à medida que ele solicitava orientações. O ensinar passou então a também fazer parte do processo, abrindo um novo caminho (SANTOS, 1999, P.35).

Santos (1999) nos fala sobre a importância do processo terapêutico, a construção de novos caminhos e os procedimentos utilizados nos atendimentos que possibilitam um novo modo de estar na relação triádica.

As ferramentas e estratégias que são utilizadas no atendimento de terapia ocupacional são utilizadas não somente para realização de atividades, mas para que consintam a formação de uma relação triádica e o ensino da prática clínica e que de alguma maneira venha pôr esta relação em movimento. Todos esses elementos são constituintes do raciocínio clínico procedimental do terapeuta ocupacional. (BENETTON; MARCOLINO, 2013).

Começamos a falar sobre comida, ele faz algumas colocações sobre peixes e tentamos escrever juntos a receita de um prato típico da cidade – peixe na telha. Ele relata que é o seu preferido, e relata com quem ia ao restaurante (SANT'ANNA, 1997, P.46).

Sant'Anna (1997), a partir do trecho acima, nos leva a pensar nas ferramentas e estratégias que o terapeuta ocupacional tem para utilizar e a partir daí estabelecer uma ligação afetiva e construir pensamentos que visam o sujeito em sua maneira de fazer e aprender e assim abrir espaço para a produção e construção de cotidianos.

Nesse sentido, o raciocínio procedimental denota as ações intencionais do terapeuta na dinâmica da relação triádica a partir do que ele observa como necessidade do sujeito para a construção de espaços de saúde, ampliação e enriquecimentos de sua participação no cotidiano.

Mattingly (2007) fala da riqueza que a observação tem e na sua utilização quando o sujeito está realizando atividades, e que a partir daí o estabelecimento de uma relação triádica venha oferecer espaços de saúde e potencialidades, além da inserção social para esses indivíduos.

8.3-Raciocínio Associativo

Segundo Marcolino (2012), o processo terapêutico ocupacional não diz respeito a fazer atividades exclusivamente, devemos conversar sobre elas, discuti-las e na ocasião favorável saber organizá-las e dividi-las em subgrupos a partir de reflexões que o sujeito-alvo sugeriu ou mesmo o terapeuta ocupacional a partir de suas hipóteses. Esse processo requer do terapeuta um raciocínio associativo em que, junto ao sujeito atendido, conecta eventos, atividades, relações, estados emocionais que perfazem uma narrativa do processo terapêutico ocupacional.

Mattingly (1991) nos fala sobre o enredo narrativo, que construído no tempo clínico, realiza-se no MTOD, no processo de significação, na relação triádica com a análise da produção, a qual denominamos de trilhas associativas.

No mesmo trecho exposto na citação direta da página anterior, Sant'Anna (1997) nos mostra que além de fazer a atividade, é necessário que o terapeuta ocupacional converse sobre ela, discuta se for necessário, e que a partir daí o sujeito-

alvo possa reconhecer e construir novos sentidos, dando significações as suas produções, e passando a viver a vida e não a doença.

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

A partir do momento em que houve mudanças acentuadas em seu modo de estar na relação, propusemos uma revisão de suas atividades, compiladas até então. Ele concordou e disse que seria ótimo, pois poderia rever suas atividades e ver sua melhora. [...]. Desta forma E. começou a construir sua história (que é a história dos atendimentos em terapia ocupacional), podendo atualizar situações do seu passado e dando novas significações aos acontecimentos (SANTOS, 1999, P.35).

Santos (1999) nos mostra que durante o processo terapêutico pôde criar uma história para o sujeito, o que implica o raciocínio associativo do terapeuta ao apoiar o sujeito a fazer ligações entre as atividades realizadas e os acontecimentos que constituíram sua história na terapia ocupacional e também com outros eventos, relações e atividades já realizadas na vida. Isto possibilitou ao sujeito-alvo viver e fazer parte de uma história e interagir com ela garantindo um crescimento pessoal e significativo. A análise de suas atividades, permitirá a esse sujeito a criação de uma narrativa de tudo o que foi construído por ele permitindo a construção de um espaço de historicidade que contará tudo o que foi vivido no setting e na relação construída no decorrer de todo o processo de terapia ocupacional e que chamamos de trilhas associativas.

Começo a levar sempre algo para comermos e bebermos, já que Ana constantemente queixava-se que a mãe não a deixava comer o que tinha vontade, ficando dias sem se alimentar. A partir daí, “comer juntas” passa a ser um momento muito prazeroso dos nossos encontros. Ana começa a trazer bolachas e leite e começamos a cozinhar. Penso neste momento em que a transferência positiva na relação triádica permitiu a manutenção de um ambiente favorável para o desenvolvimento de uma relação de ensino, aprendizagem e produção, como nos diz Benetton. [...], avalio como fundamental que façamos uma análise de seu percurso na terapia ocupacional, retomando todas as atividades realizadas na tentativa de uma ‘composição de uma trilha associativa num campo transferencial’ (CECCATO, 2012, p.31).

Ceccato (2012) relata que através da técnica “trilhas associativas” o sujeito-alvo cria um espaço de historicidade baseado em suas produções, que contribuem

para uma melhora no seu tratamento, mesmo que seja por algum tempo. Essas experimentações vividas no setting terapêutico possibilitam a esse sujeito-alvo apropriar-se de sua história, formando possibilidades de novas maneiras de se estar no seu cotidiano.

Michele não apresentou dificuldades quando foi solicitada para que separasse as atividades em grupos. [...] Criou-se um grupo nomeado de “divisor de águas”, o qual foi preenchido pelo atendimento individual com a mãe, pois foi, a partir desse momento, que os pais deram espaços para que Michele pudesse se “libertar”. [...] Michele relatou que não havia percebido essa mudança, mas que, após esse processo de trilhas, conseguiu perceber que realmente estava diferente (SILVA, ASSAD e MARCOLINO, 2017).

Silva, Assad e Marcolino (2017), nos relatam a importância das observações por parte dos terapeutas ocupacionais no setting terapêutico, pois a partir daí possíveis associações podem acontecer durante o fazer atividades. A participação do sujeito-alvo no processo de agrupar as atividades e posteriormente analisá-las, comparando-as e associando-as permitirá a construção de uma narrativa através das atividades feitas. Um espaço de historicidade acontece através da história do sujeito tanto vivida fora do setting como também a da relação que foi construída no processo da terapia ocupacional.

Zerbinati et al, (2012), nos fala da importância do uso de atividades que os terapeutas ocupacionais têm que ter, um olhar mais aprofundado, contando histórias do que acontece durante o processo no setting terapêutico e que é através da técnica de trilhas associativas que novas possibilidades de vida se abrirão para o sujeito-alvo.

8.4-Raciocínio ético-estético

No MTOD, a abertura oferecida a partir de associações hipotéticas feitas pelos terapeutas é importante para que o sujeito-alvo venha construir novos sentidos, com o pensamento voltado para si e para as suas atividades. Que essa história construída e compartilhada possa levar o terapeuta a investir no outro, pensar e reconhecer o que é da terapia ocupacional e como é possível acionar esse sujeito a favorecer o autoconhecimento, levando-o a pensar nas suas necessidades e a fazer as atividades

que o levarão a produzir um novo cotidiano e novas significações no meio que vive. (BENETTON, 2010).

Buscar possibilidades através de uma autonomia nas experiências vividas pelo sujeito-alvo através de um novo jeito de ser, fazer e estar no social, leva o terapeuta ocupacional a pensar ética-esteticamente num modo que o leve a identificar o que faz parte de nossa construção e de que modos podemos investir no outro. (MARCOLINO, 2012).

Lia me contou que o dia de Natal é bastante simbólico em sua família, momento em que todos se encontram, [...] A partir daquele mês, pensamos juntas sobre o evento [...]. Além dessa atividade, Lia escolheu ainda fazer enfeites para o evento. Fizemos muitas atividades juntas, nesses encontros ficava claro o estabelecimento da relação triádica e as atividades tão significativas para ela (CORDEIRO, 2010, P.7).

Cordeiro (2010), relata que novas histórias podem ser contadas a partir da construção de hipóteses que o terapeuta faz do paciente e de suas demandas. A criação de espaços onde novas histórias serão contadas, histórias vividas no setting da terapia ocupacional e no fazer atividades que contribuiriam para que o sujeito participe mais ativamente de seu cotidiano.

O terapeuta ocupacional deve pensar de que maneira pode proceder, mas sempre oferecendo-se em gestos e atitudes e que conduzam o sujeito-alvo a sair de qualquer inatividade ou paralisia. (FERRARI et al., apud MARCOLINO, 2012).

“As atividades proporcionaram a Michele grande importância para que pudesse vivenciar a sua mudança de postura. [...] Disse que antes ficava o dia inteiro em casa sem fazer nada, mas que hoje é diferente, pois realiza e frequenta outros espaços e atividades. Enquanto Michele falava, foi possível observar que seus olhos, sua boca e seu corpo estavam sorrindo, leves e contentes com essa evolução.” (SILVA, ASSAD e MARCOLINO, 2017).

Silva, Assad e Marcolino (2017), ressaltam que é necessário construir possibilidades para que o próprio sujeito-alvo nomeie a sua experiência vivida da forma e maneira como desejar, trazendo imagens a respeito dessa mudança em sua vida cotidiana.

Ceccato (2012), fala que as produções realizadas em setting terapêutico quando sustentado na dinâmica da relação triádica colabora com o sujeito-alvo a se

apropriar de sua história, viabilizando que novos contornos sejam feitos em seu cotidiano a partir de novas experimentações na maneira de ser, fazer e estar no social.

Zerbinati et al, (2012), evidenciam que o terapeuta pôde ver nitidamente as novas possibilidades que as atividades trouxeram ao sujeito-alvo com relação aos seus relacionamentos, tanto no setting terapêutico, quanto fora do setting e suas vivências.

Santos (1999), nos fala sobre o tempo e espaço vividos no processo terapêutico e do sentido que ocorre quando um novo contexto passa a fazer parte da relação triádica e que mesmo sendo compartilhada com o terapeuta e sujeito-alvo, elas são diferentes para cada um e que cabe ao terapeuta ocupacional reconhecer e identificar as maneiras que irá investir nessa relação voltando-se para o sujeito e suas necessidades atento as produções significativas que ele venha apresentar.

9-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresenta separadamente cada modo de raciocínio clínico, mas na prática observamos que eles agem muito incorporados um ao outro. No MTOD, o terapeuta empreende essas modalidades de raciocínio clínico a todo tempo, pois se entende que a pesquisa é constante e implica a dinâmica da própria relação triádica e as mudanças ao longo do processo naquilo que cada sujeito-alvo qualifica como saúde para si em relação à qualidade de sua vida cotidiana. Em razão disso, compreendemos que foi importante o processo de análise nessa pesquisa que, em seu sentido didático, favoreceu que na formação na graduação fosse possível reconhecê-los em relatos e compreender seus modos de construção junto aos casos.

Os artigos aqui analisados foram construídos tendo como base o MTOD e a construção do raciocínio clínico, e podemos observar que cada autor teve seu modo próprio de trabalhar em diferentes tipos de contexto. A exploração de suas potencialidades enquanto terapeutas ocupacionais, que se preocupam com o cuidado, a experiência da doença e com a saúde desses sujeitos e de que forma a doença repercute em sua vida e no seu cotidiano mostra que o processo de terapia ocupacional no MTOD através de suas técnicas de ensino e aprendizagem permite auxiliar o sujeito em sua busca pela inserção social.

Compete a terapeuta ocupacional especializada no MTOD, conduzir uma coletânea de procedimentos que guiará as realizações de diagnósticos, a construção de hipóteses, executar metodologias educacionais e relacionais no que diz respeito à condução da relação triádica, e traçar percursos associativos que caminharão pelo processo de atividades que tem significado na vida do sujeito-alvo. (MARCOLINO, 2012).

A construção desse trabalho trouxe-me ensinamentos e um olhar mais aprofundado de como posso construir um raciocínio clínico a partir de um processo no qual consistirá na investigação da minha prática clínica. Estudar sobre o MTOD, me fez deixar de lado inseguranças que me paralisavam quando pensava no que eu precisaria fazer para essa construção e a importância de narrarmos o que fazemos, como fazemos e o que pensamos sobre o que fazemos. Espero aqui estar contribuindo para aguçar a vontade daqueles que, como eu, buscam meios de extinguir nossos medos e inseguranças e explorar nossas potencialidades, hoje como estudante, mas em breve como profissional responsável em abarcar o cuidado com o outro de uma maneira ética e estética.

10-REFERÊNCIAS

AMARO, D. G. **Análise de procedimentos utilizados em uma proposta de formação contínua de educadores em serviço para a construção de práticas inclusivas.** 2009. 257f. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ARRIGONI, R. **Onde habitar é possível.** Revista do CETO, ano 13, nº 13, São Paulo, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo,** Lisboa, Edições 70, 1979.

BENETTON, M. J. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose.** São Paulo, Lemos, 1991.

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

BENETTON, M. J.; VARELA, R. C. B. **Eleanor Clarke Slagle.** Revista do CETO, ano 6, nº 6, São Paulo, 2001.

BENETTON, M. J.; FERRARI, S.; TEDESCO, S. **Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional.** Revista do CETO, Ano 8, nº 8, São Paulo, 2003.

BENETTON, M. J. **Além da opinião: uma questão de investigação para a historicização da Terapia Ocupacional.** Revista do CETO – ano 9, nº 9, São Paulo, 2005.

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

BENETTON, M. J. **Atividades: tudo o que você quis saber e ninguém respondeu.** Revista do CETO – ano 11, nº 11, São Paulo, 2008.

BENETTON, M. J. **O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados.** Revista do CETO – ano 12, nº 12, São Paulo, 2010.

BENETTON, M. J. **A narrativa clínica no método terapia ocupacional dinâmica.** Revista do CETO, ano 13, nº 13, São Paulo, 2012.

BENETTON, M. J.; MARCOLINO, T. Q. **As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica.** Cadernos Brasileiro de Terapia Ocupacional UFSCar, v.21, n.3, 2013.

CECCATO, T. **A transferência na constituição da relação triádica: relato clínico.** Revista do CETO, ano 13, nº 13, São Paulo, 2012.

CORDEIRO, L. **Novas histórias na relação triádica: Recorte de um processo de terapia ocupacional.** Revista do CETO, ano 12, nº 12, São Paulo, 2010.

ECO, U. **Quando o outro entra em cena, nasce a ética.** In: ECO, U; MARTINI, C.M. Em que creem os que não creem? Rio de Janeiro: Record, 2000, p. 79-90.

FERRARI, S. M. L. **Análise de atividades.** Revista do CETO, ano 11, nº 11, p. 36-40, 2008.

FORNERETO, A. P. N. **Alguns apontamentos sobre a supervisão de casos a partir do método terapia ocupacional dinâmica (MTOD) e o ensino de terapia ocupacional.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar, v.26, n.2, São Carlos, 2018.

MAGALHÃES, L. **Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar, v. 21, n. 2, São Carlos, 2013.

MANCINI, M. C.; COELHO, Z. A. C. **Raciocínio Clínico em Terapia Ocupacional.** In: DRUMMOND, A. F.; RESENDE, M. B. (1ªed.) A Intervenção Clínica em Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

MARCOLINO, T. Q. **Sobre reabilitar o que não se reabilita.** Revista do CETO – ano 8, nº8, São Paulo, 2003.

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

MARCOLINO, T. Q. **O raciocínio clínico da Terapeuta Ocupacional ativa.** Revista do CETO – ano 13, nº13, São Paulo, 2012.

MARCOLINO, T. Q.; FANTINATTI, E. N. **A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton.** Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo, 2013.

MARCOLINO, T. Q. **Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do método terapia ocupacional dinâmica.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar, v.22, n.3, São Carlos, 2014.

MARCOLINO, T. Q. **Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do Método Terapia Ocupacional Dinâmica.** In: SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. (Ed.). Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EDUFSCar/FAPESP, 2016.

MATTINGLY, C. **The narrative nature of clinical reasoning.** American Journal of Occupational Therapy, v. 45, p. 998-1005, 1991.

MATTINGLY, C. **The narrative nature of clinical reasoning.** In: MATTINGLY, C.; FLEMING, M. H. **Clinical Reasoning: forms of inquiry in a therapeutic process.** Philadelphia: F. A. Davis Company, 1994, p. 239-269.

MATTINGLY, C. **Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience.** Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

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

MAXIMINO, V. S.; PETRI, E. C.; CARVALHO, A. O. C. **A Compreensão de Saúde para o Método Terapia Ocupacional Dinâmica.** Revista do CETO, Ano 13, nº 13, São Paulo, 2012.

MORAES, G.C. **Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica.** Revista do CETO – nº 11. São Paulo, 2008.

PIRÁGINE, M.; GIACOMO, L. M.; A. **Os significados do cotidiano.** Revista do CETO, ano 12, nº 12, São Paulo, 2010.

SANT'ANNA, M. M. M. **Terapia ocupacional: relato de uma experiência do trabalho desenvolvido em saúde mental.** Revista do CETO, volume 2, nº 2, São Paulo, 1997.

SANTOS, S. H. **O exercício da clínica da terapia ocupacional na especialização profissional.** Revista do CETO, ano 4, nº 4, São Paulo, 1999.

SHELL, B. B. **Raciocínio Clínico: a base da prática.** In: NESTAIDT, M. E; CREPEAU, E. B. Willard & Spackman - Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 80-89

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

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

SILVA, G. A.; ASSAD, F. B.; MARCOLINO, T. Q. **Da paralisia do cotidiano: abrindo espaços de saúde a partir do reconhecimento da doença**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional - UFSCar, v.25, n.2, São Carlos, 2017.

TEDESCO, S. A. **Diálogos da Terapia Ocupacional com a psicanálise**. In: Cavalcanti, A.; Galvão. C. R. C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

ZERBINATI, K.; SPINELLI, A. C.; NUNES, E. S.; CARVALHO, L. L.; FERNANDES, Q. B.; BERSAN, T. R. **Por onde começamos? Que tal pela terapia ocupacional? Relato de uma experiência escrito a muitas mãos**. Revista do CETO, ano 13, nº 13, São Paulo, 2012.