UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARISA TAKATORI

Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social

São Paulo
2010

MARISA TAKATORI

Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Área de Concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientador: Prof[a]. Dr[a]. Edda Bomtempo

São Paulo
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Takatori, Marisa.

Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social / Marisa Takatori; orientadora Edda Bomtempo. -- São Paulo, 2010.

237 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Deficiente físico 2. Terapia ocupacional 3. Brincar (Winnicott) 4. Participação 5. Privação cultural I. Título.

BF727.P57

Nome: TAKATORI, Marisa

Título: Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus pacientes e familiares, que com seus sofrimentos
e a busca de um viver com saúde me ensinam dia a dia.

AGRADECIMENTOS

À minha família de origem por ter cuidado para que eu pudesse realizar esse e outros projetos importantes na minha vida e àquela que estou construindo para a qual agradeço pela paciência e presença constante.

À Prof[a]. Dr[a]. Edda Bomtempo por me ensinar sobre o brincar, os brinquedos e o desenvolvimento humano no campo do conhecimento científico, de modo criativo.

À Prof[a]. Dr[a]. Celina Camargo Bartalotti pela amizade e orientação do projeto que deu início à essa pesquisa.

À Prof[a]. Dr[a]. Maria Auxiliadora Cursino Ferrari pelo apoio que viabilizou o desenvolvimento dessa pesquisa e manifestações de amor e crença na profissão que alimentam os profissionais a continuarem sendo terapeuta ocupacionais.

Ao Centro Universitário São Camilo, especialmente nas pessoas do Prof. Dr. Pe. Léo Pessini, Marcos Frizzarini e Prof[a]. Dr[a]. Luciane Lucio Pereira, pelo apoio e reconhecimento do meu trabalho e da terapia ocupacional.

Aos terapeutas ocupacionais Michele Karaguilla, Viviane Maximino, Flávia Liberman e Renata Mecca pelo reconhecimento do meu trabalho e pelos incentivos que tornaram o percurso dessa investigação menos árdua.

Aos terapeutas ocupacionais Fernanda de Souza Dalti Pereira, Luana Wang Lin, Luciana Orui Bansi, Ricardo Lopes Correia por compartilharem e serem também autores de parte dessa pesquisa, quando ainda eram meus alunos de Iniciação Científica, muito obrigada!

RESUMO

TAKATORI, M. **Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social.** 2010. 237 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Esse trabalho considera o brincar como uma área para os acontecimentos e experiências criativas da pessoa onde seu gesto genuíno pode se evidenciar. Utilizou a compreensão do brincar de D. W. Winnicott (1896-1971), como uma área intermediária de experiência e de relaxamento para o indivíduo engajado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas e inter-relacionadas. O brincar, compreendido como uma atividade cotidiana espontânea, compartilhada, criativa e que tem um fim em si mesma, é campo para os procedimentos do terapeuta ocupacional e, para aquelas crianças que não brincam ou têm dificuldades nessa atividade, um dos objetivos do processo terapêutico. Considerou não ser possível separar as atividades – brincar – do desenvolvimento e investimentos de ordem física, cognitiva, social e psíquica, se o terapeuta quiser proporcionar uma experiência à criança em que ela possa se desenvolver em sua totalidade e a partir de um percurso singular. Os objetivo foram apresentar e refletir sobre uma forma de compreender o brincar no processo de terapia ocupacional com crianças que têm deficiência física, na qual o brincar é, muitas vezes, um dos objetivos desse processo e, sempre, área na qual acontecimentos saudáveis, criativos e de experiências culturais podem ser realizados, favorecendo a participação social dessas crianças. Para essa investigação utilizou-se o levantamento bibliográfico de estudos sobre a temática da infância, deficiência, brincar, cultura e terapia ocupacional, articulados à experiência vivida na clínica no atendimento de crianças com deficiência na terapia ocupacional. Considerou a subjetividade do pesquisador implicado diretamente em todo o percurso da investigação, construída e decorrente da relação do indivíduo pesquisador com o indivíduo atendido na terapia ocupacional. A investigação seguiu uma proposta de pesquisa, do ponto de vista epistemológico, sujeito-sujeito e suas atividades, constituição da relação triádica na terapia ocupacional. Participaram quatro crianças com suas histórias, partes construídas no processo de terapia ocupacional, que possibilitaram a coleta de dados para ilustrar a discussão em torno do uso das atividades na área do brincar pelo terapeuta, assim como lembranças de outros momentos da experiência clínica. Utilizou o diário de campo para o registro dos acontecimentos na clínica, a entrevista

aberta com familiar e a leitura documental. Discutiu três aspectos presentes nos procedimentos do terapeuta ocupacional: o ensino, o contorno e o reconhecimento, no contexto do uso do brincar como área para experiências de realização de atividades. Como resultado apontou a relevância dessa forma de usar o brincar para a avaliação da indicação de terapia ocupacional, a avaliação inicial e contínua do paciente e as ações de cuidado do terapeuta ocupacional que visam à facilitação da participação social da pessoa atendida.

Palavras-chave: Deficiência física. Terapia ocupacional. Brincar. Participação. Privação cultural.

ABSTRACT

TAKATORI, M. **Let's play? From the ingress of physically disabled children in the occupational therapy to facilitation of social participation.** 2010. 237 f. Doctoral thesis – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

In this thesis playing is considered as an area for creative happenings and experiences in which a person´s genuine gestures can be seen. It takes D. W. Winnicott´s (1896-1971) way of understanding playing, as an intermediate area of experience and relaxation for an individual engaged in the human task of keeping the internal and external realities separated and interrelated. Playing, understood as a daily activity that is spontaneous, shared and creative and that has a purpose in itself, is a field for the occupational therapist´s procedures, as well as one of the aims of the therapeutic process in those cases in which the children either do not play or have difficulties to do it. It is not considered possible to separate playing from physical, social and psychic development and investment, if the therapist wants the child to have experience so as to develop wholly and from a singular path. The aim was to present and think about a way of understanding playing in the occupational therapy process with physically disabled children. Playing is one of the purposes of that process a lot of times, and it is always an area in which healthy, creative and cultural experiences may happen, and such experiences favor those children´s social participation. A bibliography survey of the studies related to childhood, disability, playing, culture and occupational therapy was done, and it was linked with the clinical experience of attending disabled children in the occupational therapy. It considered the subjectivity of the researcher who was directly involved throughout the investigation. Such subjectivity was both formed and due to the relationship between the individual who was the researcher and the individual who was attended in the occupational therapy. The investigation followed a proposal of research from the epistemological point of view, subject-subject and their activities, the formation of the triad relationship in occupational therapy. Four children and their personal histories were parts of the study. Their histories were partly built in the occupational therapy process, and they made it possible to collect data to illustrate the discussion related to the use of playing activities by the therapist, as well as to remember other passages of the clinical experience. A book to register what happened in the clinic, the open interview with some members of the family and documentary

reading were used. Three aspects present in the occupational therapist´s procedures were discussed: the teaching, the environment and the acknowledgement, in the context of playing as an area to experience the accomplishment of activities. As a result, it showed the importance of using playing to evaluate the necessity of taking occupational therapy, to evaluate the patient both initially and continually and to evaluate the occupational therapist´s caring actions to facilitate the social participation of the person who is being attended.

Keywords: Physically disabled. Occupational therapy. Play. Participation. Cultural deprivation.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO: A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA: O QUE A CRIANÇA ME DIZ	13
1	**O BRINCAR, A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA E A TERAPIA OCUPACIONAL: AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS**	22
2	**BRINCADEIRA E CULTURA: PRODUÇÃO NO COTIDIANO**	40
3	**O BRINCAR E O INGRESSO NA REALIDADE COMPARTILHADA: O LUGAR DA CRIATIVIDADE**	51
4	**TAMBÉM QUERO BRINCAR: A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**	65
5	**TRAJETÓRIA DA INVESTIGAÇÃO: DAS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS À CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO E AO RETORNO ÀS AÇÕES NA CLÍNICA**	83
5.1	DE ONDE E PARA ONDE EU OLHO? UM LUGAR HISTORICAMENTE CONSTRUÍDO	83
5.2	DAS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS À TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO	88
5.3	LOCALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES	90
5.4	APRESENTANDO AS CRIANÇAS E OS PROCEDIMENTOS	92
6	**MEU NOME, SEU NOME E O QUE ACONTECEU? O INÍCIO DE UMA HISTÓRIA NA TERAPIA OCUPACIONAL**	103
6.1	O PRIMEIRO ATENDIMENTO	103
6.1.1	**O primeiro encontro com Isabela e sua mãe**	104
6.1.2	**O primeiro encontro com XLR-8 e sua mãe**	107
6.1.3	**O reencontro com *Hot Park* e sua mãe**	108
6.1.4	**O primeiro encontro com Caio e sua irmã: o início de uma história curta**	110
6.2	PRIMEIRAS ATIVIDADES: PROCESSO DE AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA HISTORICIDADE DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA	111
7	**PROPOSIÇÃO DE EXPERIÊNCIAS NA ÁREA DO BRINCAR COM**	

DIFERENTES COMPLEXIDADES: ENSINO, CONTORNO E RECONHECIMENTO 130
7.1 ENSINO 131
7.2 CONTORNO 145
7.3 RECONHECIMENTO 161
8 ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL 181
8.1 SAIR PARA FAZER TERAPIA OCUPACIONAL: UM INÍCIO 181
8.2 ATIVIDADES NA TERAPIA OCUPACIONAL E REPERCUSSÕES NO COTIDIANO: DESDOBRAMENTOS 183
8.3 AS ENTREVISTAS COM FAMILIARES: ASSOCIAÇÕES E POSSÍVEIS RESSONÂNCIAS 186
8.4 ALGUMAS ATIVIDADES EM GRUPO: PROPOSIÇÃO DE OUTROS ESPAÇOS DE ENCONTROS 201
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 218
REFERÊNCIAS 222
APÊNDICE 237

As crianças não brincam de brincar. Brincam de verdade...
Triste de quem não conserva nenhum vestígio da infância...
Vocês já repararam no olhar de uma criança quanto interroga? A vida, a irrequieta inteligência que ela tem? Pois bem, você lhe dá uma resposta instantânea, definitiva, única – e verá pelos olhos dela que baixou vários risquinhos na sua consideração.
A criança que brinca e o poeta que faz um poema – Estão ambos na mesma idade mágica!
Ah, aquela confiança que tem uma criança rezando... Inocente confiança. Alegria. (...).

(Para levar a infância a sério
Mario Quintana, 1906-1994)

INTRODUÇÃO
A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA: O QUE A CRIANÇA ME DIZ

No percurso profissional, minha preocupação e interesse têm sido aquilo que acontece na clínica da terapia ocupacional, mais especificamente no atendimento às crianças que têm deficiência. A grande maioria dessa população atendida tem a deficiência ao nascimento ou imediatamente após esse momento.

Desde a realização do mestrado, venho estudando a compreensão e utilização do brincar na terapia ocupacional com crianças que têm deficiência física. Durante o mestrado minha atenção voltou-se à construção de uma história com a criança para compor um mapeamento ao profissional de reabilitação que pudesse nortear, do início ao longo dos atendimentos, suas ações e procedimentos. Para isso, propus (TAKATORI, 1999) desenvolver um olhar atento sobre o brincar da criança que fornecesse informações acerca de quem é essa criança e quais são suas necessidades, informações decorrentes de uma aproximação da forma de ser da criança e sua realidade vivida, nem sempre evidentes. Isso porque, o que geralmente se explicita, visualmente e no discurso em torno dessa criança, é a falta. A falta que caracteriza e determina a deficiência que esse indivíduo tem e que, muitas vezes, faz-se presente nas relações intersubjetivas. Propus explicitar o brincar dessa criança, não somente a brincadeira tal qual falada em relação à infância, mas a partir do referencial teórico de D. W. Winnicott (1971a), que localiza o conceito ‘brincar’ nas experiências criativas do indivíduo nas quais o gesto, que veicula sua singularidade, é um acontecimento humano genuíno.

Neste momento, mantenho o referencial de D. W. Winnicott, a partir do qual compreendo o brincar como uma área de experimentação de atividades na qual o processo do fazer se conecta com a própria experiência de ser do indivíduo que faz. Os estudos desenvolvidos por D. W. Winnicott descrevem o importante papel do brincar no desenvolvimento humano como experiências criativas do indivíduo durante seu processo de amadurecimento emocional. Afirma que o brincar é uma atividade que por si só merece um olhar. Para Winnicott (1971a), brincar é fazer. Ao brincar, a criança pode se colocar no mundo, participar da realidade compartilhada a partir de sua singularidade, transitando entre a realidade interna e externa. Seus estudos proporcionam uma compreensão do brincar como um fazer criativo que possibilita o indivíduo ingressar na realidade social e cultural, muitas vezes, para a criança que tem uma deficiência, um processo que se configura intricado pelas

dificuldades, motoras, perceptuais, sensoriais e/ou cognitivas, que apresenta e as implicações dessa condição no contexto social.

A partir desse referencial, o brincar é um tempo e espaço onde um conjunto de atividades pode ser proposto pelo terapeuta ocupacional no processo terapêutico com a criança. Considero o brincar como área para os procedimentos do terapeuta ocupacional e, em alguns casos, também um dos objetivos com determinadas crianças que, por razões diversas e relacionadas, direta ou indiretamente, com suas incapacidades motoras e suas decorrências, apresentam dificuldades no sentido tanto da ausência das brincadeiras infantis no cotidiano quanto da possibilidade de ter o gesto criativo nesse dia a dia que possa ser reconhecido pelo outro.

As pesquisas na terapia ocupacional, frequentemente, trazem outras compreensões teóricas do brincar, com implicações na prática clínica, delimitando essa atividade às brincadeiras durante a infância. A despeito dessa delimitação, o que chama a atenção na leitura desses trabalhos é que, embora citada, a brincadeira, muitas vezes, é reduzida à manipulação do objeto, brinquedo, que é usado como recurso para a criança desenvolver funções motoras e sensoriais, perdendo de vista tanto sua função como suporte para a brincadeira quanto à brincadeira em si (BLANCHE, 2000; HURFF, 1980; PIERCE, 1991; ROBINSON, 1977). Outras vezes, o brincar nem é mencionado nos procedimentos do terapeuta, mas no cenário dos atendimentos o brinquedo se evidencia e é usado para manter a atenção da criança durante o uso de técnicas focadas nas disfunções do movimento, favorecendo a permanência da criança em padrões de movimentos e posturas adequadas, propostas e esperadas pelo terapeuta (ANDERSON; HINOJOSA; STRAUCH, 1987; BLANCHE, 2000; CROSS; COSTER, 1997; SAKEMILLER; NELSON, 1998). Mais uma vez, o brincar como atividade e com o sentido do “fazer”, não está presente no atendimento à criança.

Minha proposta é discutir e propor, a partir da ação na clínica, uma forma de usar o brincar, nas intervenções em terapia ocupacional, com a criança que tem deficiência física, considerando o desenvolvimento do próprio brincar e a ênfase desta atividade no cotidiano da criança como objetivos a serem incluídos nos cuidados a ela oferecidos, visando facilitar sua participação social.

No decorrer da minha experiência no atendimento às crianças com deficiências motoras e suas famílias, venho observando o discurso dos familiares, especialmente da mãe, acerca das dificuldades da criança para brincar e ser convidada por outras para participar das brincadeiras. No entanto, também é frequente não aparecer menção às brincadeiras do filho

nesse discurso sobre o cotidiano e sim horários em que a mãe faz “exercícios”, seguindo orientações dos profissionais que o atendem, apontando para uma outra ordenação das atividades cotidianas.

Estudos realizados por Mandich, Polatajko e Rodger (2003) mostram que as crianças com problemas motores, frequentemente, encontram restrições e dificuldades em participar das atividades típicas da infância, o que pode trazer impactos negativos no seu desenvolvimento psicossocial e no processo de aprendizagem. As experiências de restrição da participação nas atividades cotidianas acabam por agravar os problemas dessas crianças mais que as incapacidades em si. Skär (2002) também coloca que, ao vivenciar dificuldades na exploração e interação com o ambiente, a criança que tem incapacidades motoras pode ter problemas no processo de socialização, ao não fazer parte das situações de brincadeiras e outras, presentes durante a infância.

As limitações de oportunidades e situações de restrição para o brincar são apontadas por vários autores quando se referem à criança com incapacidades (BRODIN; JONSON, 2000; LAW, 2002; MISSIUNA; POLLOCK, 1991; POULSEN; ZIVIANI, 2004; SEGAL et al., 2002).

Para entender melhor o impacto dessas limitações no desenvolvimento da criança e, consequentemente, na estruturação de seu cotidiano, reporto a Amaral (1995) que, ao falar sobre a deficiência, ressalta o que ela denominou de deficiência secundária, relacionada não diretamente à deficiência em si, mas à leitura social atribuída à deficiência. A deficiência secundária, resultante e impregnada de valores sociais, pode impedir o desenvolvimento, “[...] ao aprisionar a pessoa numa rede que poucas vezes tem a ver, intrinsecamente, com a deficiência – a rede constituída e constitutiva das barreiras atitudinais: preconceitos, estereótipos e estigma” (AMARAL, 1995, p. 69).

A deficiência é, portanto, uma condição que tem implicações para as interações do indivíduo com o ambiente. É necessário compreender a interferência da limitação física no indivíduo, neste caso, na criança, e naqueles com quem ela se relaciona para contribuir com ações que a auxiliem no registro, através de experiências saudáveis, de outras formas de fazer, isto é, de brincar.

Desta forma acredito que, ao atender a criança que tem deficiência física, a preocupação em compreender, avaliar, facilitar e auxiliar o desenvolvimento de sua capacidade para o brincar deve estar presente e ser foco de atenção na elaboração dos objetivos e ações de cuidado para essa criança, incluindo metas a serem alcançadas em relação ao desenvolvimento de habilidades motoras e de aquisições posturais. A

aprendizagem também decorre das situações com o uso adequado de brinquedos e *da oportunidade de brincar* (BOMTEMPO; HUSSEIN, 1986, grifo nosso).

Apresentar uma forma de usar o brincar pelo terapeuta ocupacional que remete à compreensão do fazer criativo como norteador das propostas de cuidado ao indivíduo, evidencia uma relação terapêutica constituída pelo terapeuta ocupacional, criança e atividades. Segundo Benetton (1999), o sentido de atividades como um dos termos constituintes dessa relação terapêutica na terapia ocupacional remete à condição de elemento necessário para se fazer terapia ocupacional e, portanto, assume o lugar de instrumento nos procedimentos do terapeuta.

As atividades conceitualmente acima apontadas se realizam no contexto da relação terapêutica como experiências vivenciadas por um indivíduo, no caso, aquele que faz a terapia ocupacional. Essa compreensão de atividades é fundamental para explicar meu objeto de estudo e investigação, pois determina que atividades são o fazer de um indivíduo em um contexto onde o terapeuta participa desse fazer, ao indicar atividades, ensinar, facilitar e testemunhar esse fazer singular no processo terapêutico e em outros espaços sociais, favorecendo o indivíduo no contínuo ingresso e participação na realidade compartilhada, até o momento em que o terapeuta ocupacional se retira de cena e o indivíduo continua sua caminhada na presença de outras testemunhas.

Compreender as atividades como experiências no campo do fazer, vivenciadas pelo indivíduo, ser humano, é remeter ao que Arendt (1958) diz sobre a paradoxal condição humana da pluralidade, isto é, de ser distinto e singular entre iguais. A autora afirma que há uma revelação de quem alguém é no fazer dessa pessoa, tanto no seu discurso quanto em outras atividades por ela referidas como ação.

Circunscrevendo a discussão à atividade da brincadeira que tem sua expressão acompanhando o desenvolvimento humano, das brincadeiras com o próprio corpo aos jogos de regras, e é vivenciada sempre em experiências compartilhadas, autores como Huizinga (1938) e Caillois (1967), que se debruçaram no estudo desse conjunto de ações, afirmam que uma das características do brincar é a improdutividade.

Isto significa que, quando eu afirmo que a brincadeira é uma das atividades indicadas e realizadas com a criança e que pretendo apontar, com o auxílio da própria experiência clínica, uma forma de usar o brincar com os pacientes, estou considerando o brincar como uma área de experimentação do fazer criativo, mantendo, na proposta do uso de atividades na terapia ocupacional, o caráter de atividade humana tal qual referido por Arendt (1958) e Winnicott (1971a) e, no caso específico da brincadeira, o caráter de improdutividade que

determina que essa experiência possa ser denominada e vivenciada por quem faz como um verdadeiro jogo[1].

Aqui, a característica de improdutividade é referida como criação, distanciando o brincar dos termos improdutividade, não produção, produtividade, produção e resultado que podem implicar na manifestação prática do brincar associada a um movimento extrínseco ao indivíduo, como uma resposta àquilo que está fora do indivíduo. A criança ao brincar, ao contrário, não almeja resultados senão viver a própria experiência de brincar.

Esse recorte de pesquisa amplia e realiza uma crítica àqueles estudos correntes na terapia ocupacional, apontados anteriormente, nos quais, muitas vezes, o brincar é referido como um meio para aquisição de funções motoras que estão em *déficit* na criança e não, necessariamente, para desenvolver a própria atividade do brincar. Ora, a brincadeira sendo um recurso para o terapeuta alcançar seus objetivos, de melhoria das funções físicas na criança, pode dificultar que essa experiência seja vivida pela criança como um verdadeiro brincar. A criança ingressa na atividade e percebe que há um objetivo extrínseco à brincadeira, que deixa de ser uma atividade com um fim em si mesma. E quando os brinquedos são usados para exercitar funções perdidas, fica mais evidente que a atividade, chamada brincadeira, perde seu sentido original e os brinquedos, suportes para a brincadeira, passam a ser objetos que são manipulados com propósitos de favorecer o exercício de funções e habilidades. Penso que o gesto criativo nessas circunstâncias, nas quais as exigências externas parecem predominar e guiar a ação do terapeuta e da criança, pode encontrar dificuldades para acontecer em meio às reações e respostas da criança frente às solicitações externas.

Nessa investigação procuro, no contexto relacional caracterizado pelo encontro entre o terapeuta ocupacional com o paciente e suas atividades, compreender as necessidades desse indivíduo que faz terapia ocupacional. Essa compreensão não se localiza somente no campo das minhas capacidades intelectuais e da apropriação de conhecimentos para lidar com as situações na clínica, mas decorre desse encontro humano que acontece dia a dia nos atendimentos e que possibilita ao terapeuta comunicar-se com a criança e ouvi-la no que ela diz.

Encontrar o outro e o que o outro necessita é descobrir, achar (FERREIRA, 1986), o que leva a pensar que o encontro requer um movimento no sentido de achar e descobrir quem

[1] Bomtempo (1999) e Kishimoto (2005), entre outros autores, estudam, esclarecem e distinguem os conceitos jogo, brincadeira e brinquedo, utilizados, muitas vezes, de modo indistinto ao se referir à pluralidade de situações no brincar da criança. Aqui o termo "jogo" não se refere somente ao jogo de regras, tal qual as autoras explicam, mas trata-se da palavra usada nas traduções de textos de autores consagrados (CAILLOIS, 1967; HUIZINGA, 1938) nessa temática que se refere ao brincar ou brincadeira de modo mais amplo.

é o outro que na minha frente está com seu sofrimento e necessidades, e com ele percorrer um caminho, às vezes árduo, para encontrar essas necessidades e formas de aliviá-las ou se haver com elas.

Encontrar requer que aquele que busca pelo encontro possa ser afetado ou mobilizado pelo que pretende encontrar. Pensar em como eu compreendo as atividades e o brincar na terapia ocupacional, são questões que só aparecem na medida em que sou afetada pelo não brincar da criança que vem a mim, pelo esforço físico e vontade de brincar apesar de nem sempre conseguir, pelo discurso sobre a exclusão em situações de brincadeiras que a criança vivencia, trazido pela família desde os primeiros momentos desse encontro, e pela necessidade de ser visto e ouvido em seu gesto que nem sempre tem lugar para acontecer.

Como o objetivo dessa investigação é apresentar e refletir sobre uma forma de compreender o brincar no processo de terapia ocupacional com crianças com deficiência física, na qual o brincar é, muitas vezes, objetivo desse processo e, sempre, área na qual os acontecimentos saudáveis, criativos e de experiências culturais podem ser realizados, proponho que essa investigação aconteça pelo próprio caminho do processo terapêutico com as crianças.

No primeiro capítulo, apresento uma revisão da literatura com pesquisas sobre o brincar, a criança com deficiência e a terapia ocupacional, diante das quais posiciono essa investigação. Esse cenário de discussões científicas sobre o uso do brincar e brinquedos na terapia ocupacional repercutiu em inquietamentos que me levaram a buscar fundamentações teóricas e modificações na minha prática no atendimento às crianças.

Sobre esse percurso teórico, seguem os capítulos dois e três em que aponto quais autores e referências teóricas me auxiliaram a dizer como olho e compreendo o indivíduo (criança) em seu processo de desenvolvimento e posicionamento singular diante daquilo com que no dia a dia vai se deparando, conhecendo e tomando para si: seu próprio fazer, suas atividades, sua capacidade de criar e produzir na cultura e, desta forma, ingressar na realidade compartilhada, social e cultural.

No segundo capítulo, localizo a brincadeira como uma das atividades humanas, constituintes do cotidiano de um indivíduo marcado por uma entonação particular no contexto de um viver na coletividade. Certeau (1995) aponta para uma discussão sobre a produção de cultura vista através dos gestos cotidianos de cada pessoa criados no dia a dia e, nessa concepção de cultura, as brincadeiras e os gestos que compõem outras atividades das crianças são, portanto, “alimentos” que mantêm e transformam a cultura de um grupo social. No terceiro capítulo continuo a discussão da produção singular no fazer de cada pessoa e

introduzo o conceito de criatividade a partir da teoria de D. W. Winnicott (1971a), localizando o brincar como área do fazer criativo, favorecedora do ingresso no campo cultural, isto é, na realidade compartilhada.

No quarto capítulo exponho uma reflexão sobre a criança com deficiência, desde sua primeira aparição como imagem sonhada e desejo de pais que jamais pensaram em viver a realidade de ter um filho com deficiência. Decorrente de um início marcado por intercorrências ao nascimento ou nos momentos logo após, esse capítulo aborda a situação social que uma marca visível no corpo pode acarretar e, para essa discussão, autores como Goffman (1982), Amaral (1995), entre outros, auxiliam essa jornada. Esse capítulo tem no início de seu título a frase “Também quero brincar”, expressão do pedido da necessidade dessas crianças, como qualquer indivíduo, de participação social, expressão que é exposta com o auxílio do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde – CIF (2004) e, novamente, da teoria de D. W. Winnicott na compreensão do ingresso na realidade social, cultural, compartilhada.

No quinto capítulo explicito os caminhos metodológicos pelos quais essa investigação seguiu. No sexto, dou início ao uso das cenas de alguns atendimentos que conduzi e que foram selecionadas para ilustrar a apresentação e discussão de como procedo na terapia ocupacional ao usar o brincar como forma de cuidado e como uma atividade que deve ser favorecida no cotidiano da criança como sinal de saúde. Abordo sobre o início da história da terapia ocupacional com o paciente, o primeiro encontro e os seguintes nos quais a avaliação vai se constituindo sob a forma de conhecimento e reconhecimento do paciente.

No sétimo capítulo apresento os três aspectos que qualificam os procedimentos e as posturas do terapeuta ocupacional: o ensino, o contorno e o reconhecimento. Passo a explicar como penso cada um deles entremeados por conteúdos da minha memória e por descrições de cenas dos atendimentos que vão ilustrando meus apontamentos e discussões.

O oitavo capítulo reservo para falar sobre o uso das atividades, compreendidas como experiências na área do brincar, na relação terapêutica como favorecedoras da participação social da pessoa atendida. Esse favorecimento é considerado no contexto do atendimento individual e de grupo de terapia ocupacional, bem como nas repercussões dos acontecimentos do processo terapêutico no cotidiano do paciente. Por isso, além do uso de trechos das descrições dos atendimentos, também faço uso do conteúdo de entrevistas de familiares dos pacientes atendidos.

Finalmente, nas considerações finais, dentro da proposta de uso do brincar colocada neste trabalho, procuro ressaltar algumas peculiaridades do atendimento às crianças em relação à observação deslas e de suas atividades, à capacidade de cuidado da família, especificamente de quem realiza as funções de maternagem como no caso frequente da mãe, e à indicação de atividades, incluindo aqui o uso dos materiais como os brinquedos e jogos.

Agrada-me o seu rosto largo, de maçãs salientes, sempre pálido e infeliz, que reflete, como um espelho, uma alma esgotada na luta e no temor contínuo. As suas caretas são estranhas e doentias, mas os traços finos, depositados em seu rosto por um sofrimento profundo e sincero, são sensatos, de pessoa culta, e os olhos têm um brilho cálido, sadio. Agrada-me a sua pessoa em geral: educado, serviçal e extraordinariamente delicado no trato com todos, com exceção de Nikita. Se alguém perde um botãozinho ou a colher, ele se ergue depressa da cama e levanta o objeto. Todas as manhãs, cumprimenta os companheiros com um bom-dia, indo dormir deseja-lhes boa noite.

Além do estado sempre tenso e das caretas, a sua loucura expressa-se pelo seguinte. Às vezes, ao anoitecer, fecha bem o seu roupãozinho e, tremendo com todo o corpo, batendo os dentes, põe-se a caminhar depressa de um canto a outro e entre as camas. É como se tivesse uma febre intensa. Pela maneira com que se detém de repente e lança um olhar aos companheiros, vê-se que deseja dizer algo muito importante, mas, considerando provavelmente que não vão ouvi-lo, ou que não o compreenderão, sacode impaciente a cabeça e continua a caminhada. Logo, porém, o desejo de falar sobrepuja todas as considerações, e ele se concede liberdade, passando a discorrer calorosa e apaixonadamente. A sua fala é desordenada, febril, como que num delírio, por arrancos e nem sempre compreensível, mas, em compensação, percebe-se nela, tanto na voz como nas palavras, algo extraordinariamente bom. Quando fala, você reconhece nele o louco e, ao mesmo tempo, a pessoa humana.

(Enfermaria nº 6
Anton P. Tchekhov, 1892)

1 O BRINCAR, A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA E A TERAPIA OCUPACIONAL: AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS

Há vários caminhos trilhados pelos terapeutas ocupacionais diante do cenário da criança com deficiência que não brinca. Os estudos no campo da terapia ocupacional mostram esses direcionamentos a partir de diferentes compreensões sobre o brincar e usos do brinquedo nos procedimentos desse profissional. Cabe apresentá-los, pois essas pesquisas também mobilizaram meu interesse por dizer como penso e faço na clínica.

Como Safra (2006) nos ensina, o rigor na produção de conhecimento demanda intersubjetividade, contempla o outro em uma investigação que é, portanto, compartilhada para poder ser validada pela comunidade científica (informação verbal)[1].

Procuro manter esse rigor, necessário em qualquer investigação, por meio de um posicionamento do que proponho em relação ao que já foi estudado, produzido e apresentado na comunidade científica e da delimitação de referenciais teóricos que me colocaram, desde o início, a olhar o fenômeno estudado a partir da perspectiva do campo da transicionalidade. Como diz Safra (2005), um determinado modo de abordar a realidade acaba definindo ou se define por uma cosmovisão e por uma antropologia.

Realizei um levantamento das pesquisas que articulam os temas sobre a criança, o brincar e a deficiência desde 1968, revisão que se iniciou durante o trabalho desenvolvido no mestrado, quando apresentei esse levantamento feito em diversos campos de construção do conhecimento (TAKATORI, 1999). Agora, no doutorado, tenho atualizado essa revisão da literatura, delimitada às produções no campo da terapia ocupacional.

Artigos e livros de terapia ocupacional apontam estudos que recorrem às teorias do brincar, desenvolvidas em áreas como a psicologia, pedagogia, filosofia e sociologia, para compreender a definição dessa atividade, referida, também, como um comportamento (DeRENNE-STEPHAN, 1980; GUNN, 1975; MICHELMAN, 1971; PARHAM; PRIMEAU, 2000; ROBINSON, 1977; STAGNITTI, 2004; VANDENBERG; KIELHOFNER, 1982).

Muitos trabalhos ressaltam características do brincar tais como motivação intrínseca, ausência de objetivos extrínsecos, transcender e refletir a realidade, ser controlado por quem brinca, ênfase no processo e não no produto, espontaneidade, diversão e prazer, não obrigatoriedade (BRACEGIRDLE, 1992; BUNDY, 2000; FLOREY, 1971, 1981; GUNN, 1975; PARHAM; PRIMEAU, 2000; STAGNITTI, 2004; TAKATA, 1971). Esses autores

[1] Informação fornecida pelo Prof. Gilberto Safra nas aulas da disciplina “Perspectivas epistemológicas em psicologia clínica e psicanálise”, da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da USP, em 2006.

retomam aspectos já apontados por outros consagrados como Huizinga (1938), Piaget (1951), Berlyne (1966), Caillois (1967) e Brougère (1997). A partir de algum desses autores, Kishimoto (2005) sintetiza as características que aparecem como pontos comuns e que definem a atividade do brincar:

- liberdade de ação de quem brinca ou o caráter voluntário;
- motivação interna da ação lúdica;
- presença de prazer ou desprazer;
- presença de regras implícitas ou explícitas;
- relevância do processo de brincar, incerteza dos resultados e caráter improdutivo;
- não literalidade, representação da realidade e uso da imaginação;
- contextualização no tempo e no espaço.

Por meio desses estudos das teorias sobre o brincar e da compreensão da sua definição, fica evidente que o brincar é uma atividade realizada com um fim em si mesma. Encerrar a essência dessa atividade em seu próprio processo de realização também é apontado por Winnicott (1971a), que se refere ao brincar como um fazer, mais precisamente, um fazer criativo. O caráter de improdutividade e a ênfase na motivação intrínseca que mobiliza esse fazer, e não nos objetivos externos ao próprio brincar, tentam descrever a experiência vivida pelo indivíduo que brinca. Novamente coloco que, ao invés do uso do termo improdutividade ou improdutivo, opto nesse estudo por me referir ao caráter de criação que qualifica determinada situação como uma brincadeira. Essa expressão “caráter improdutivo” é referida por vários autores que estudam o brincar, mas quero localizar o brincar em uma esfera de experiências onde não há essa discussão entre produtividade ou improdutividade. As experiências onde a criatividade existe, como disse Winnicott (1970), são aquelas em que o fazer acontece a partir do que o indivíduo é, o que implica que ao brincar a criança faz atividades porque essa experiência é reconhecida por ela como sua. “Sua” não no sentido da propriedade dos materiais ou do espaço familiar onde essa experiência está acontecendo, mas no sentido de que a criança quando brinca vê aspectos de si naquela situação, o que a torna inconfundivelmente “sua”.

Quando pensamos na criança ou rememoramos o que já vivemos cotidianamente em determinado período das nossas vidas, isto é, do ponto de vista da criança, fica claro que ao se aventurar ultrapassar degrau por degrau, apoiando-se nas mãos e nos joelhos, uma criança que está descobrindo as possibilidades de se deslocar pelo espaço e alcançar o que antes somente o fazia com o olhar, não está preocupada ou mobilizada em exercitar sua musculatura e

aprender a engatinhar, termo de que ainda nem tem conhecimento. Ela se desloca pelo chão ou pela escada pelo prazer da descoberta e da conquista, pela repetição dessa atividade, isto é, para brincar. Esse é o caráter improdutivo dessa experiência denominada brincar. Não há objetivos exteriores ao próprio brincar que leve alguém a fazê-lo.

Por isso, ao contrário do que alguns autores (READ, 1996; STAGNITTI, 2004) dizem sobre a necessidade de desenvolver uma definição única do brincar na terapia ocupacional, penso que isso já foi realizado em outros campos. Precisamos tomar e compreender o que os estudiosos, que se debruçaram nessa tarefa, já produziram, para construir teorias sobre como o terapeuta ocupacional usa o brincar, definindo procedimentos de terapia ocupacional.

Embora as teorias do brincar deixem clara sua definição, quando o brincar aparece em um contexto de cuidado à saúde do outro, deslocando o cenário do quintal da casa para o da sala de um terapeuta ocupacional, por exemplo, parece que aquilo que caracteriza essa atividade pode se perder. Aqui já estamos no campo não mais da conceituação, mas de como o brincar é compreendido e utilizado no contexto dos procedimentos do terapeuta.

Observo que alguns trabalhos (ANDERSON; HINOJOSA; STRAUCH, 1987; BLANCHE, 2000; COUCH; DEITZ; KANNY, 1998; FLOREY, 1971, 1981; GUNN, 1975; PIERCE, 2000; READ, 1996; TAKATA, 1971; VANDENBERG; KIELHOFNER, 1982) mantêm, ao longo do seu discurso teórico, a concepção do brincar atrelada à da atividade ou ocupação, termos que historicamente caracterizam a profissão terapia ocupacional e suas teorias e técnicas, acentuando a importante relação entre o brincar, o trabalho e o descanso, tal qual apontado por Meyer (1922) nos primórdios dessa profissão, no início do século passado.

A referência do brincar como conceito fundamental na terapia ocupacional representou, no final da década de 60 e início dos anos 70 do século XX (KIELHOFNER; BARRIS, 1984; MATSUTSUYU, 1971), uma reafirmação e uma retomada do conceito de ocupação ou, na linguagem atual e aqui adotada, de atividades como foco de estudo e teorizações dos terapeutas ocupacionais.

A pouca referência às atividades, particularmente, entre as décadas de 40 e 60 do século passado, é explicada pelo contexto histórico que exigia cientificidade aos procedimentos de terapia ocupacional. O uso de atividades, como forma de tratamento para pessoas com problemáticas de ordem física, foi substituído por outras técnicas e focos de conhecimento, tais como técnicas voltadas para aspectos neuromusculares, equipamentos adaptativos, capacidades motoras, funcionalidade das mãos (PARHAM; PRIMEAU, 2000; STAGNITTI, 2004). Como decorrência, o uso do brincar não era visto como científico e

técnico (PARHAM; PRIMEAU, 2000; READ, 1996; ROBINSON, 1977; STAGNITTI, 2004; VANDENBERG; KIELHOFNER, 1982). Essa discussão será retomada adiante (capítulo 5), ao falar dos caminhos metodológicos desta investigação e explicar que a forma de compreender o ser humano, seu desenvolvimento, suas atividades e, portanto, seu brincar, neste trabalho, se articula com um posicionamento diante das atividades que caracterizam a terapia ocupacional. A compreensão de atividades sofre determinações históricas, portanto, a referência de determinados momentos históricos da profissão será necessária adiante.

A retomada das atividades, como foco das teorias e técnicas na terapia ocupacional, começa a ser observada entre os profissionais no decorrer da década de 70, como observado no trabalho de Shannon (1972), que amplia a aplicabilidade de sua teoria do Trabalho-Brincar, elaborada em 1970 para o atendimento da população de pacientes com doença mental, para qualquer população da terapia ocupacional. Esse modelo teórico desloca o foco de atenção da doença para os comportamentos relativos às atividades de trabalho e do brincar e habilidades sociais do paciente. Gray (1972) toma essa teoria como referência e estende a discussão ao abordar os efeitos da hospitalização na pessoa em relação às áreas do trabalho e do brincar.

Ainda nessa década destaca-se o trabalho de Gunn (1975), que dá indícios de um posicionamento crítico presente até os dias atuais: a importância de considerar o brincar como atividade importante para o desenvolvimento humano em seus diversos aspectos, físico, social, emocional e espiritual, e as dificuldades na prática clínica de utilizar essas atividades com a clientela atendida.

Gunn (1975) apresenta um trabalho teórico com sugestões práticas para o uso do brincar pelo terapeuta ocupacional que atende crianças com deficiências, em particular as de ordem física. Ao descrever o processo de reabilitação de um paciente, o autor chama a atenção para o fato de que o tratamento através das atividades requer a prescrição de atividades que, de certa forma, são obrigatórias, muitas vezes realizadas sob a forma de treinamento, designadas a produzir respostas específicas e condizentes com os resultados desejados do processo de reabilitação. Obrigatoriedade, treinamento, objetivos prévios e extrínsecos, são características opostas às que definem o brincar. Entretanto, ressalta que a intervenção e o brincar podem estar juntos, se houver um envolvimento do paciente nas atividades. Os benefícios são favorecer a criatividade, envolver a motivação intrínseca e o desenvolvimento de habilidades.

Na década de 80, Anderson, Hinojosa e Strauch (1987) continuam com essa questão: como associar o brincar com técnicas fortemente utilizadas por terapeutas ocupacionais no

campo da reabilitação de pessoas com deficiências físicas, como as técnicas baseadas no neurodesenvolvimento, referidas na literatura como *"Neurodevelopmental Treatment or Therapy (NDT)"*, muitas delas desenvolvidas por fisioterapeutas, porém com caráter de aplicabilidade interdisciplinar. Essas técnicas envolvem o uso de manipulações específicas e facilitações de posicionamentos que visam favorecer padrões de movimentos e posturas normais.

Os autores dizem que

> integrar atividades do brincar com NDT pode ser difícil. É uma complexa tarefa para tentar estimular uma resposta específica através da manipulação enquanto simultaneamente engaja a criança em atividades do brincar com propósito (ANDERSON; HINOJOSA; STRAUCH, 1987, p. 421).

O conflito é evidente quando dizem que, tradicionalmente, terapeutas ocupacionais são esperados para efetivamente usarem atividades no tratamento, mas ao se especializarem nas técnicas do NDT a ênfase, devido a essa formação, recai no alcance do desenvolvimento motor normal. Os autores ainda apontam que quando a criança realiza atividades, os esforços para favorecer uma melhor postura e tônus muscular podem ser perdidos pelas reações associadas[2] e posturas anormais desencadeadas pela ação da criança. Isso faz pensar que realizar atividades e alcançar um padrão de postura e movimento normais são incompatíveis. Apesar do conflito, acreditam ser possível a integração da atividade do brincar com as técnicas do NDT.

Para esses autores, o brincar é ressaltado como uma atividade importante que o terapeuta deve utilizar no cuidado com crianças que têm deficiência física, como meio para "encorajar padrões de movimentos normais" (p. 424), enquanto as técnicas de manipulação são utilizadas.

Na década de 90, aparece o artigo de Couch, Deitz e Kanny (1998), que investiga o papel do brincar na prática de terapeutas ocupacionais com crianças pré-escolares. Foram 224 terapeutas entrevistados que responderam, entre outras questões, como usam o brincar na prática, quais conhecimentos são importantes para utilizar o brincar na clínica e quais avaliações do brincar utilizam. Completaram o questionário 222 entrevistados e, desse total, 92% utilizam o brincar como meio para eliciar aspectos motor, sensorial ou psicossocial; 2% citaram o brincar como uma atividade livre ou uma recompensa dada à criança durante ou no final da sessão de terapia; 4% disseram que utilizam o brincar como meio para desenvolver

[2] São movimentos involuntários ou padronizados, acompanhados de aumento no tônus muscular nas partes do corpo comprometidas, decorrentes de situações estressantes ou movimentos e esforços físicos (TROMBLY; RADOMSKI, 2005).

habilidades específicas e como recompensa; e 2% afirmaram que usam o brincar como uma experiência em si. Esses resultados são explicados pelos autores devido ao fato de muitos terapeutas ocupacionais terem como foco de suas intervenções aspectos como o desenvolvimento das habilidades motoras, justificativa que se assemelha ao que Anderson, Hinojosa e Strauch (1987) disseram em relação aos terapeutas que se especializam nas técnicas do NDT. Na pesquisa, poucos profissionais mencionaram a avaliação do brincar ou objetivos relacionados a essa atividade nos planos de tratamento.

Ainda nessa década, o trabalho de Law et al. (1997) traz o objetivo de comparar os efeitos de um programa intensivo baseado no NDT, que propõe intervenções para a melhora do controle motor, postural e qualidade dos movimentos, e atendimentos na terapia ocupacional com crianças com paralisia cerebral. Os autores referem que o programa de terapia ocupacional baseia-se na análise das atividades e facilitação de mudanças nas habilidades funcionais na área do autocuidado, alimentação e brincar. Não há explicações de como isso acontece nas sessões. Como os resultados comparados foram em relação à função manual, qualidade dos movimentos da extremidade superior e percepção dos pais das atividades funcionais manuais nas crianças, parece haver um desencontro entre a proposição na terapia ocupacional e os resultados esperados do tratamento, explicitamente focados no desempenho e melhora motora, em particular, dos membros superiores.

Cabe esclarecer que as dificuldades na prática clínica que esses autores têm apontado, em especial desde as últimas décadas do século XX, também têm sido minha preocupação e incômodo ao pensar no meu percurso profissional, em como atendia as crianças e utilizava os brinquedos, jogos e o brincar e como a reflexão sobre os procedimentos na clínica tem me direcionado para um outro caminho de encontro e cuidado com essas crianças (TAKATORI, 1999, 2003).

Concordo com os questionamentos que tem, de modo crescente, aparecido nas produções escritas de terapeutas ocupacionais, mas parece-me que ainda pode haver certa confusão na compreensão desse posicionamento crítico pela própria complexidade que é o brincar. Penso que cabe aqui uma pausa para esclarecimentos. Dizer que o brincar, quando utilizado como meio para o desenvolvimento de habilidades (primeira situação), como a atenção e habilidades motoras, é diferente quando usado como uma experiência com um fim em si mesma (segunda situação), não deixa claro as distintas compreensões dessa atividade e, consequentemente, os diferentes usos nos procedimentos do terapeuta. Afinal, quando qualquer criança brinca, na segunda situação acima, ela, certamente, desenvolve diversas habilidades, porém mantendo a situação de um verdadeiro brincar: a criança brinca por

brincar. O que pode descaracterizar a brincadeira, no caso da primeira situação, e é observado e percebido sempre pela criança e, algumas vezes, pelo adulto, é quando a condução da brincadeira é marcada pelo objetivo de desenvolver determinada habilidade, deslocando o foco da atividade – brincadeira – para a aquisição da habilidade.

Nessa situação, o risco do terapeuta se distanciar da experiência do brincar pode ser grande, pois sua preocupação se volta para as dificuldades motoras e sensoriais da criança. Isso não implica que o terapeuta não deva ficar atento e facilitar a criança brincar com sugestões, orientações e outros procedimentos que visem, por exemplo, um melhor posicionamento ou movimento. Mas esses procedimentos são decorrentes da necessidade de a criança realizar as atividades, isto é, de brincar e estar nessa área de experimentação.

Encontrei nos textos de Blanche (2000) uma análise crítica mais clara sobre o uso do brincar durante o processo terapêutico das crianças com deficiências físicas. A partir de estudos de autores consagrados, a autora destaca três papéis do brincar, referidos pelos terapeutas ocupacionais no contexto da prática clínica. Inicialmente, detenho-me nos dois primeiros.

O primeiro papel é pautado na ideia do preparo para o desempenho na vida adulta, refere ao uso do brincar como um contexto para a aprendizagem e adaptação.

O segundo papel coloca o brincar para chamar e manter a atenção da criança durante o atendimento, facilitando o alcance dos padrões de movimentos e posturas adequadas, “distraindo-a dos objetivos terapêuticos” (p. 207). Aponta ainda, dentro desse segundo papel, para uma outra situação, na qual o terapeuta ocupacional reserva um tempo final da sessão para que a criança brinque livremente, após ter cumprido os objetivos propostos no atendimento, como uma forma de recompensa.

De fato, na literatura da terapia ocupacional sobre crianças com comprometimentos físicos, há pesquisas (HURFF, 1980; PIERCE, 1991; ROBINSON, 1977) que abordam o brincar como uma atividade que tem o objetivo de criar situações para o aprendizado de capacidades adaptativas e o desenvolvimento de determinadas habilidades funcionais.

Os trabalhos (ANDERSON; HINOJOSA; STRAUCH, 1987; CROSS; COSTER, 1997; O’BRIEN et al., 2000; SAKEMILLER; NELSON, 1998) apontam que a aquisição da capacidade para realizar mudanças posturais pode alcançar resultados mais satisfatórios e rápidos se o terapeuta ocupacional utilizar brinquedos para direcionar a atenção e os movimentos da criança, associando-os às ordens verbais e à manipulação que são realizadas conforme as técnicas no campo da reabilitação física, baseadas nas teorias do NDT. Os brinquedos têm a função de chamar a atenção e manter o interesse da criança dentro daquela

situação, visando sua colaboração com as orientações dadas pelo profissional e não como objeto suporte para as atividades de brincadeiras.

Para Blanche (2000), essas duas formas de compreensão e uso do brincar focam a aquisição de capacidades funcionais e consideram o brincar como um meio para atingir objetivos que não a própria experiência do brincar. Diz que

> os brinquedos sensório-motores usados na terapia, com freqüência não conduzem à recreação, mas foram escolhidos pelos terapeutas para afetar a coordenação motora e outras áreas de déficit (p. 207)[3].

Seguindo esse raciocínio, Anderson, Hinojosa e Strauch (1987, p. 421) dizem que

> o objetivo primário da terapia ocupacional no tratamento de crianças com paralisia cerebral é promover padrões de movimentos normais e prevenir reações posturais anormais enquanto a criança está engajada nas atividades funcionais e com propósitos.

Alguns exemplos disso: oferecer um brinquedo repetidamente à criança, visando não o brincar, mas o treino para facilitar o movimento em *déficit*; mostrar um brinquedo à criança para que ela realize um movimento e quando isso é feito, o terapeuta distancia-o da criança; mostrar um brinquedo para ela manter o controle cervical ou outra postura preconizada como meta da terapia. São situações que, claramente, mostram o brinquedo não como suporte para a brincadeira, mas como atrativo que mantém a criança distraída durante a manipulação do terapeuta ou material que, ao ser manipulado, favorece a pessoa desenvolver habilidades como a preensão manual, por exemplo, à medida em que empilha, diversas vezes, blocos de construção. Por isso, a denominação “brinquedos sensório-motores” aparece em vários textos escritos por terapeutas ocupacionais, como se os aspectos sensorial e motor fossem qualificar um tipo específico de brinquedo. Um equívoco, pois é na ação com os brinquedos que a criança desenvolve sua sensibilidade e sua motricidade, entre outros aspectos.

Oferecer blocos de construção para a criança visando que ela desenvolva uma habilidade específica devido às características do brinquedo, configura-se em uma situação diferente, como dissemos anteriormente, do uso do brinquedo no contexto do brincar. Quando a criança, de fato, brinca com blocos de construção, está colocando na situação suas habilidades que são aprendidas e refinadas, porém mantendo-se no contexto da experiência.

Blanche (2000) cita um caso de uma criança que tem paralisia cerebral e apresenta dificuldades para manter o controle cervical e de tronco. Em determinado momento da sessão,

---

[3] Na obra *A recreação na terapia ocupacional pediátrica* (PARHAM, FAZIO, 2000) onde se localiza o trabalho de Blanche, o termo “recreação” foi adotado na tradução para o português para se referir ao original *play*. Proponho pensar no termo ”brincar” toda vez que a palavra “recreação” for mencionada.

a terapeuta mostra um livro à criança e vai apontando para as figuras, planejando manter a atenção da criança e o equilíbrio na posição sentada. No início, a criança parecia interessada, mas rapidamente desabou nas almofadas e passou a olhar ao redor da sala. “Os objetivos da terapeuta incluíam o desenvolvimento do controle postural para participar das atividades funcionais” (p. 208).

Esse é um exemplo de raciocínio do terapeuta que parte da seguinte premissa: com o desenvolvimento das posturas e habilidades sensório-motoras adquiridas durante a terapia, o indivíduo passará a utilizar o resultado desse aprendizado para a efetiva realização de suas atividades no contexto cotidiano. Dentro dessas concepções, o brincar e os objetivos que o terapeuta ocupacional estabelece com cada criança parecem coisas distintas, ter lugares e tempos separados no processo terapêutico.

Mas, o que me garante que o indivíduo irá realizar atividades no seu cotidiano a partir das aquisições motoras, cognitivas e sensoriais que obteve na terapia? Se a dificuldade do indivíduo que o levou a fazer terapia ocupacional é justamente no campo da realização e participação nas atividades, por que não pensar na direção contrária, isto é, propor ao indivíduo realizar atividades?

A frase acima citada por Blanche (2000), poderia ser: “Os objetivos do terapeuta incluíam a participação nas atividades”. Proporcionar ao indivíduo o participar/fazer atividades implica em diversas habilidades para que a realização da atividade se efetive. Então, por exemplo, o desenvolvimento do controle postural estaria implícito, mas não seria o aspecto que guiaria meu olhar e procedimentos com esse indivíduo. O raciocínio do terapeuta nesse caso seria outro: o indivíduo, ao realizar atividades na terapia ocupacional, facilitadas pelo terapeuta, poderá vivenciar e perceber o que pode fazer e como fazer e, nessa experiência, desenvolver habilidades que se encontram alteradas. O objetivo está em favorecer a criança a realizar suas atividades, portanto, penso que o melhor caminho é colocar, no contexto da terapia, o indivíduo na situação de fazer atividades.

Fazer atividades requer interesse e investimentos de diversas habilidades que são usadas durante esse fazer e são também desenvolvidas na medida em que são requisitadas. Para ler um livro ou ver suas ilustrações, quando isso for uma atividade para o indivíduo, é necessário manter uma postura corporal que possibilite ver as imagens. Pode haver, após um tempo, um cansaço devido ao esforço que o indivíduo realizou, mas isso é diferente do desinteresse expresso no caso relatado anteriormente.

São situações de atendimento de terapia ocupacional à criança, muitas vezes, do ponto de vista de quem observa sem tanta atenção, parecidas, mas como diz Florey (1981), o

uso de materiais, como brinquedos e jogos, não equivale a conhecer o que é o brincar, nem dizer que há, na situação observada, uma brincadeira. Quero dizer que não basta haver, em uma sala, a criança, o terapeuta ocupacional e brinquedos para tirar a conclusão de que a atividade de brincar está acontecendo como forma de o terapeuta cuidar dessa criança. O brincar acontece se o terapeuta está brincando com a criança ou presenciando, a certa distância, o seu brincar só e quando os brinquedos são usados para a realização desse brincar. Por isso que "olhar de fora" pode levar o observador ao engano.

Voltando aos papéis do brincar apontados por Blanche (2000), finalmente, o terceiro papel, posição defendida pela autora, diz respeito, justamente, à experiência do brincar com um fim em si mesma e não como um meio ou recurso para atingir objetivos extrínsecos à própria atividade, referindo-se à definição do brincar já apontada por autores consagrados tais como Piaget (1951), Berlyne (1966), entre outros. Com base nesses autores, Blanche também destaca características do brincar que devem se manter durante a sessão de terapia, como a espontaneidade, motivação intrínseca, diversão, suspensão da realidade, ênfase no processo e participação ativa da criança. Esse terceiro papel, para a autora, está relacionado também com o aprendizado da criança, mas sem a perda do contexto que caracteriza a atividade do brincar.

Pierce (2000), de modo semelhante ao trabalho de Blanche (2000), também identifica não três, mas quatro caminhos para o uso e o raciocínio quanto aos procedimentos do terapeuta em relação ao brincar, brinquedos e jogos. O primeiro se refere aos usos como recompensa e atrativo. O segundo caminho, frequentemente usado pelos terapeutas, é usar o brincar para alcançar objetivos relativos ao desenvolvimento de habilidades isoladas, como sensoriais, motoras e cognitivas. O terceiro modo visa favorecer a criança a lidar com as dimensões espaciais, temporais e sociais do ambiente. E o quarto modo, raramente tomado pelos terapeutas, é o uso do brincar como forma de favorecer a ampliação dos padrões ocupacionais da pessoa. Aqui entendo que a autora pode estar falando da ampliação das possibilidades de realização de atividades da pessoa, tal qual referido no terceiro papel por Blanche (2000), no sentido de a criança conseguir brincar no seu dia a dia, como também pode estar se referindo ao acréscimo de mais uma atividade no repertório da pessoa compondo padrões de atividades esperados para cada fase da vida. O uso do termo padrão ocupacional parece associar as pessoas a um conjunto de atividades esperadas para aquela determinada faixa etária ou grupo, portanto, necessariamente, devem realizar essas específicas atividades que deverão ser treinadas na terapia ocupacional. Com esse sentido, o uso do brincar apontado por Pierce (2000) aproxima-se da ideia de treinamento de papéis, habilidades ou funções, descaracterizando a experiência como um brincar.

Parece que nos trabalhos teóricos e de revisão da literatura (READ, 1996), ficam claros o papel do terapeuta ocupacional em favorecer o brincar, para aquelas pessoas que vivem uma situação de privação do brincar, e o caráter de experiência dado ao brincar, como expresso por Vandenberg e Kielhofner (1982), quando dizem que se trata de um processo que produz novas formas de comportamento. Não me detenho em analisar como o termo comportamento pode implicar em situação diferente da vivência de uma experiência do fazer, tal qual me refiro ao brincar, mas ressalto o fato de esses trabalhos não circunscreverem o brincar como forma de treinamento de habilidades descontextualizadas da atividade. Penso que já há uma significativa mudança. Porém, apesar da clareza teórica, nos artigos que apresentam estudo de caso ou vinhetas, como exemplos que complementam a discussão teórica, particularmente com a população de crianças com deficiência física, não se vê o mesmo cenário de clareza.

Considero que, quando a literatura se volta para situações da prática clínica, ainda parece haver certa contradição no uso do brincar, muitas vezes, caindo na própria ideia criticada pelos autores do uso dos brinquedos como meio para alcançar objetivos de melhora de habilidades circunscritas, descaracterizando a situação como um brincar.

Por exemplo, quando Blanche (2000) usa as vinhetas para ilustrar sua discussão, mesmo naquelas que deveriam ilustrar o uso do brincar como uma experiência com um fim em si mesma, parece que os procedimentos do terapeuta ainda ficam confinados à preocupação com o desenvolvimento motor da criança que tem deficiência física. Isso fica claro na proposição dos objetivos do processo terapêutico. No caso de um menino de 5 anos com paralisia cerebral, foram apresentados os seguintes objetivos do tratamento: melhora do controle postural, das capacidades manuais e da coordenação olho-mão. Um instante de brincadeira ocorreu na sessão e o relato do caso finaliza dizendo que a atividade foi realizada em um período curto, mas o interesse despertado na criança favoreceu sua participação e envolvimento ativo nas “tarefas de mesa subseqüentes” (p. 214).

Esse exemplo pareceu ficar mais próximo da ideia de usar o brincar para motivar a criança durante as propostas do terapeuta, referidas como “tarefas de mesa”, o que me faz lembrar de materiais colocados sobre a mesa para que haja um treinamento de determinada função, habilidade motora ou cognitiva, ao invés de usar um brinquedo ou jogo para a realização de atividades com fim em si próprias.

Em um outro caso aparecem: melhora do equilíbrio ao sentar, flexão de ombro contra a gravidade, atividades que envolvem a bilateralidade e aumento das capacidades perceptivas-motoras.

Não há objetivos, em nenhum dos casos apresentados, voltados para a realização de atividades ou dificuldades de participação social; todos estão circunscritos nos aspectos motores.

Estamos no século XXI e o mesmo questionamento ainda se coloca: Stagnitti (2004) chama a atenção para o fato de terapeutas ocupacionais, frequentemente, usarem o brincar como um meio para o desenvolvimento de habilidades motoras, atenção, processamento sensorial, entre outros aspectos.

Apesar das questões sobre o uso do brincar pelos terapeutas ocupacionais no contexto da discussão mais ampla acerca das atividades, ou ocupação, como dito nos primórdios dessa profissão, há trabalhos que apresentam um posicionamento teórico claro sobre essas questões, como aponta Florey (1981) ao afirmar que há três tarefas fundamentais para o terapeuta ocupacional ao usar o brincar na clínica com crianças que têm deficiência: observar o brincar da criança, conhecer a história de seu brincar e organizar o seu espaço do brincar. Ao dizer da importância da história do brincar do indivíduo, concordo com essa autora e assim realizo como procedimento clínico não somente em relação a essa atividade, brincar, mas com outras atividades cotidianas desse indivíduo. Florey (1981) enfatiza que essa investigação deve percorrer as seguintes indagações: como, com quem, onde e o quê constitui o brincar da criança.

Para mim, é fundamental que o terapeuta ocupacional tenha sempre essas questões como norte para suas observações e diálogos com o paciente e seus acompanhantes e familiares. O que o indivíduo faz no seu dia a dia, o que sempre fez e não faz mais, o que gosta de fazer, o que gostaria de fazer e não consegue, com quem faz hoje e com quem fazia, como faz e como fazia, onde faz suas atividades: a história do fazer ou das atividades do indivíduo deve ser foco de investigação, e a área na qual esse fazer se localiza deve ser tempo e espaço para o terapeuta conhecer o indivíduo, ensinar, experimentar, cuidar e compartilhar com ele diversas situações de realização de atividades, favorecendo a continuidade e construção da história cotidiana pessoal, apesar da doença, da deficiência ou de outra limitação temporária ou permanente em sua história.

Missiuna e Pollock (1991), também escrevem sobre o brincar na clínica com crianças que têm deficiência física. Ressaltam que crianças com deficiência física, muitas vezes, encontram-se privadas das experiências do brincar em virtude das barreiras físicas, sociais, pessoais e ambientais, o que pode levá-las à aquisição de outras incapacidades de ordem social e emocional. Defendem o valor do brincar livre e com fim em si próprio. Para mim, mantendo a leitura crítica desde o mestrado, considero ainda esse trabalho o que mais se

aproxima daquilo que norteia meu pensamento sobre o uso do brincar, quando delimitado às brincadeiras e atividades envolvendo os brinquedos e jogos. Isso porque as autoras não compreendem o brincar segundo o referencial de Winnicott, então, quando falam do brincar, estão se remetendo, exclusivamente, às brincadeiras e aos jogos de regras. As autoras dizem que se o brincar é uma atividade predominante na infância e, nesse contexto, a criança desenvolve habilidades, o brincar em si é um importante objetivo no processo terapêutico. Também fazem uma crítica ao uso que tem sido dado ao brincar e aos materiais, brinquedos e jogos, na terapia ocupacional, como recursos para o desenvolvimento motor e defendem que o brincar deve ser visto como um objetivo importante no processo terapêutico.

Pesquisas também apontam para o baixo uso das avaliações do brincar na clínica da terapia ocupacional. Poucos terapeutas ocupacionais utilizam as avaliações do brincar em sua prática clínica, o que para Stagnitti (2004) pode ter relação, por exemplo, com o fato de algumas dessas avaliações, como a *Preschool Play Scale* desenvolvida em 1968 (KNOX, 2000), e o *Test of Playfulness* (ToP) (BUNDY, 2000) terem como propostas a realização no ambiente familiar ou incluindo ambientes externos, dificultando seu uso no dia a dia da clínica. *Play History Interview* (TAKATA, 1969), *Specification for a Play Milieu* (TAKATA, 1971), *Guide to Observation of Play Development* (FLOREY, 1971), *Guide to Play Observation* (ROBINSON, 1977), *Play Skills Inventory* (HURFF, 1980), *A Play Agenda* (MICHELMAN, 1974, apud KIELHOFNER; BARRIS, 1984), também são avaliações e instrumentos frequentemente referidos na literatura da terapia ocupacional em pediatria em relação à atividade do brincar (TAKATORI, 1999). O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (*PEDI – Pediatric Evaluation of Disability Inventory*) é uma avaliação que traça o perfil funcional de crianças entre 6 meses e 7 anos e meio, dividida em três partes que incluem habilidades funcionais, necessidade de assistência do cuidador e de modificações ambientais nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. Não se trata de uma avaliação específica, voltada somente à atividade do brincar, mas inclui itens que investigam a capacidade da criança de interagir com adultos e outras crianças em situações de brincadeiras e jogos e o próprio brincar com ou sem brinquedos. A tradução e adaptação cultural para o Brasil foram realizadas por Mancini (2005). Mais recentemente, o Modelo Lúdico (*Modèle Ludique*), publicado pela primeira vez em 1994 (FERLAND, 2006), apresenta dois instrumentos para avaliar o comportamento lúdico da criança de 2 a 5 anos e 11 meses: Avaliação do Comportamento Lúdico (ACL), observando a criança em situações de brincar livre e outras propostas quando necessário, e Entrevista Inicial com os Pais (EIP). Inicialmente elaborado para crianças com deficiência, privilegia o brincar como atividade

saudável e necessária para a capacidade de agir da criança e sua atitude lúdica diante dos desafios cotidianos. Esses protocolos de avaliação do Modelo Lúdico já foram traduzidos e submetidos à adaptação transcultural para o Brasil, trabalho este realizado por Sant'Anna (2006).

Uma pesquisa realizada por McLaren e Rodger (2003) traz a discussão sobre as dificuldades de medir, de modo objetivo, os alcances da intervenção na terapia ocupacional com crianças que têm deficiência. Aponta que, a despeito da sua importância, as avaliações e testes estandartizados nem sempre são sensíveis às evidências da eficácia da terapia. Um dos aspectos apontados refere-se aos vários ambientes onde a criança realiza suas atividades, escola, casa, área externa, como um quintal ou parque, muitas vezes, não considerados nas avaliações padronizadas. Compreendo que esses instrumentos são importantes para o trabalho clínico e podem dar parâmetros das condições do indivíduo atendido ao profissional e equipe sem, no entanto, prescindir das habilidades de avaliação do próprio terapeuta que, na relação com o paciente e seu fazer, tem instrumentos fundamentais e insubstituíveis, como sua presença atenta e observação, para avaliar o processo terapêutico e conduzi-lo orientado pelas necessidades do paciente.

Apesar de muitos referirem que avaliam o brincar no contexto das observações clínicas (STAGNITTI, 2004), não encontrei referências sobre como isso é realizado ou quais são as implicações dessas observações para as intervenções com as crianças.

Jurdi (2001) apresenta um estudo sobre a importância da ludicidade com a criança que tem deficiência para favorecer a expressão, comunicação e inserção em grupos sociais. Deixa explícita a compreensão do brincar como atividades criativas na experiência da criança. Entretanto ainda são poucos pesquisadores que evidenciam essa forma de compreender as atividades na terapia ocupacional.

Um recente trabalho realizado por Pfeifer e Eufrazio (2006) trata do estudo do uso das brincadeiras como meio e fim terapêutico. Essas atividades foram utilizadas na terapia ocupacional com o objetivo de favorecer o desenvolvimento dos comportamentos lúdicos de crianças de 3 a 6 anos institucionalizadas devido abandono ou vitimização. Utilizaram a Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox para avaliar as crianças antes e depois da intervenção com brincadeiras e brinquedos de sucatas. Ressalta nesse trabalho o uso das brincadeiras para desenvolver essas atividades no repertório das crianças, portanto pareceu-me que as pesquisadoras utilizaram o brincar como atividades com fim em si mesma, embora as autoras destaquem que foi utilizado como meio e como fim.

Esta compreensão de que ora as atividades do brincar podem servir como meio para alcançar um objetivo que não seja o próprio brincar e ora podem ser utilizadas com fim em si mesmas, isto é, com intuito de propiciar a atividade do brincar na criança, ficou clara em outro trabalho mais recente dos mesmos autores associados a outros. PFEIFER et al. (2008), apontam para o uso das atividades lúdicas para avaliar aspectos psicomotores em crianças pré escolares e refletir as vantagens e desvantagens de aplicá-las e o quanto esta prática lúdica encoraja as crianças a realizarem as tarefas da avaliação. Aqui pareceu-me configurar uma compreensão do uso do brincar como meio para mobilizar a criança a colaborar em outras tarefas e não a vivência da própria atividade do brincar. Apontam como resultados uma maior motivação e adesão das crianças às solicitações efetuadas no contexto da avaliação dos aspectos psicomotores, evidenciando o uso do brincar como recursos.

O trabalho de Williams e Matesi (1988) aponta para um outro procedimento na terapia ocupacional com pessoas que apresentam dificuldades motoras, a adaptação de materiais. Os autores desenvolveram uma adaptação em um brinquedo, um caminhão com radio-controle, para uma criança de 6 anos de idade que tem paralisia cerebral do tipo quadriparesia com atetose[4]. Para favorecer que a pessoa realize suas atividades, muitas vezes, é necessário modificar materiais, ferramentas e equipamentos, no sentido de adaptá-los para o uso da pessoa que apresenta dificuldades, adaptar o ambiente, espaço físico e mobiliário, ou também a própria técnica de realização da atividade, desde que não altere o resultado. No caso dessa criança, os seguintes objetivos foram apresentados: facilitar a orientação da cabeça na linha média; melhorar a funcionalidade das mãos; prover oportunidades para experiências sensório-motoras e tomadas de decisão; aumentar a estabilidade da cintura escapular; desenvolver habilidades manuais necessárias para o uso de dispositivos de comunicação alternativa, como o computador. Apesar de o trabalho ressaltar a importância do brincar para o desenvolvimento da criança e as privações de experiências que crianças com deficiência podem vivenciar, novamente não aparece entre os objetivos com essa criança algum referente à própria atividade do brincar.

Um recente eixo de estudos envolve os benefícios que a tecnologia pode trazer ao homem e as possíveis aplicações diante das necessidades das crianças com comprometimentos físicos graves. Uma vez que essas crianças têm dificuldades de participar

[4] A quadriparesia caracteriza-se por uma imprópria distribuição do tônus muscular, envolvendo todo o corpo. A distribuição é geralmente assimétrica, com relativa hipertonia dos músculos dos membros e hipotonia dos eretores da cabeça e do tronco. A espasticidade, nesse caso, está acompanhada pelo componente atetoide que é o responsável pelo tônus postural instável e flutuante. Os movimentos atetoides são involuntários, espasmódicos e de amplitude extrema (DIAMENT; CYPEL, 1996).

de experiências e explorar objetos e ambientes devido às limitações, principalmente de ordem motora, programas de intervenção a partir do brincar na realidade virtual têm sido objetos de estudo e investigação. Os resultados têm apontado para esse importante instrumento que favorece a criança, na interação com a realidade virtual, a desenvolver competências e habilidades, como autocontrole, criatividade, resolução de problemas, utilizadas no dia a dia e nas relações sociais (MILLER; REID, 2003; REID, 2006).

Um outro foco de estudo aborda a relação entre a criança e seus pais, como aparece no trabalho de Sturgess (2003), que apresenta um diagrama, nomeado “Castelo de Areia”, para explicar o brincar da criança e apontar para os fatores de riscos que podem comprometer essa atividade saudável na infância, entre eles, pais que trabalham, espaço e tempo restritos para o brincar e expectativa dos pais pelo aprendizado da criança. Enfatiza que o terapeuta deve sempre se preocupar com os interesses e habilidades da criança para o brincar. Concordo com a ênfase da autora na importância do brincar como uma das atenções que deve estar presente no raciocínio do terapeuta ocupacional e que proteger o brincar dessas crianças deve ser um dos focos em suas ações, mas a autora não faz referência a nenhuma população específica; diz de um cenário atual e global das condições cotidianas das famílias que podem afetar o desenvolvimento do brincar nas crianças. Não explica como esse cenário atual pode aparecer na clínica.

Essa discussão me remete a pensar nos pais de crianças com deficiência que trabalham e usam o tempo com os filhos para fazerem exercícios, associado à expectativa quanto ao aprendizado e ganho de habilidades da criança, restando pouco ou nenhum tempo para a brincadeira em família.

De fato, o desenvolvimento motor deve ser foco de atenção com a criança, uma vez que há incapacidades motoras presentes no seu desenvolvimento, mas é preciso lembrar que as habilidades motoras só são requeridas e usadas no contexto de diversas ações e atividades que a pessoa possa vir a realizar. Sem o desejo e a necessidade de fazer coisas, as habilidades e capacidades isoladas não têm uso, isto é, o corpo de uma pessoa não é um conjunto de engrenagens e alavancas tais quais existem nas máquinas, embora a lógica de funcionamento físico seja a mesma, que, quando consertadas ou reparadas, tornam a máquina novamente apta a funcionar. O corpo de uma pessoa tem habilidades e movimentos que sem o significado dado por ela à ação não servem, ficam sem uso.

A criança desenvolve seus aspectos físicos, entre outros, agindo sobre o meio e significando essas experiências no contexto de suas ações. Compreendo que não é possível separar as atividades – brincar – do desenvolvimento e investimentos de ordem física,

cognitiva e psíquica, se quisermos proporcionar uma experiência à criança em que ela possa se desenvolver em sua totalidade. Brincar e explorar o brinquedo introduzem a criança em um universo de sentidos e não somente de ações (BOMTEMPO, 1999).

Considerando que o indivíduo possa se organizar em suas atividades do cotidiano, apesar das incapacidades motoras ou de outra ordem, acredito que o brincar não deve ser usado como uma recompensa ou recurso para chamar e manter a atenção da criança durante os procedimentos no atendimento, nem o brinquedo como um objeto voltado, exclusivamente, para o desenvolvimento de habilidades motoras. Isto não tem relação com o fato de que há o desenvolvimento de habilidades quando a criança brinca ou que a brincadeira depende da motivação da criança na atividade, pois nestes casos a atividade existe. Nas situações em que o brincar torna-se um "prêmio" e o brinquedo é usado para atrair a atenção da criança ou, ao ser manipulado pela criança, para facilitar determinado treino de movimento, a questão está no fato de a brincadeira permitida não ser atividades da criança diretamente ligada aos objetivos de um processo terapêutico e no fato de o objeto (brinquedo) não estar a serviço do brincar da criança.

Compreendo que o desenvolvimento de habilidades motoras por si só não conduz, necessariamente, a criança ao brincar. Ao contrário, é na brincadeira que o brinquedo serve à criança para o desenvolvimento de habilidades ao ser por ela manipulado e conduz à ação e representação, a agir e a imaginar (BOMTEMPO, 1999).

Tomo a atividade do brincar como as atividades que se inserem no contexto da relação terapêutica, compreendidas e observadas nesta relação, como experiência criativa, cultural e fundamental à saúde da criança, tal qual afirma D. W. Winnicott, enquanto que os brinquedos são os materiais, entre outros, oferecidos pelo terapeuta ocupacional e à disposição da criança e de suas atividades criativas (TAKATORI, 2003). E, quando se trata da saúde, o brincar está presente no cotidiano, tal qual outras atividades que acontecem no dia a dia da criança. "No comportamento diário das crianças o brincar é algo que se destaca como essencial para o seu desenvolvimento e aprendizagem" (BOMTEMPO, 2004, p. 129).

A gente escorregava do alto do morro, pelo capim, cada um sentado em uma folha de pita – tchibum n’água! Com troncos de pita ou de bananeira, improvisávamos toscas jangadas amarradas a cipó. O córrego e seu açude eram uma festa permanente para nós.

(*Casa dos Braga: memória de infância*
Rubem Braga, 1913-1990)

2 BRINCADEIRA E CULTURA: PRODUÇÃO NO COTIDIANO

Um retorno às lembranças da infância me leva ao aparecimento de cenas, imagens, pessoas, objetos, fatos e acontecimentos que preenchem uma história singular de crescente conhecimento e participação no mundo externo e, muitas vezes, trazem à memória a sensação de momentos de alívio no meio dessa caminhada em direção ao ingresso à realidade compartilhada.

Estar nos meandros dos diversos contextos sociais e fazer parte deles requerem que o indivíduo reconheça e seja reconhecido, a partir de sua singularidade, dentro das formas que configuram um certo quadro geral que constitui um conjunto social. Essas formas, como esclarece Maffesoli (2001), não impedem a autonomia necessária para que o particular possa se manifestar, mas garantem uma dada configuração social. São formas, em nada fixas, ao contrário, efetivamente, formantes e que fundam uma comunidade social e cultural.

A sociabilidade, que dá existência às relações entre as pessoas por meio da necessidade expressa pelos indivíduos de serem reconhecidos e estarem em um grupo, implica na busca de estratégias e recursos para estar em meio à heterogeneidade que marca a arte do viver coletivo.

A socialização do indivíduo, tarefa que não é fácil, acontece por meio de múltiplas interações em um ambiente constituído por pessoas e objetos que configuram inúmeros cenários e circunstâncias constituintes de um cotidiano.

O cotidiano se refere tanto ao indivíduo como também àquilo que é comunal. É o indivíduo que, em seu cotidiano, é, está e faz em diversas circunstâncias reconhecidas como suas e (re)conhecedoras daqueles que delas fazem parte. São situações em meio às quais o homem nasce e, em seu processo de amadurecimento, vai conhecendo e dominando as habilidades necessárias para o viver em sociedade.

As atividades e gestos realizados no cotidiano não acontecem descontextualizados dos intercâmbios sociais, uma vez que o homem é produto e expressão de suas relações sociais. A vida cotidiana é heterogênea em seu conteúdo (atividades) e nas significações ou importâncias dadas às diversas atividades que obedecem, na maioria das vezes, a uma direção pessoal de prioridades e escolhas e, também, a uma hierarquia, não eterna ou imutável, mas imbricada nos diferentes momentos da estrutura econômica e social.

As atividades do cotidiano realizadas com as ações do homem revelam quem é esse homem, ator e autor das ações. Considero o cotidiano como o conjunto de atividades ou ações

humanas que dizem respeito a uma pessoa e torna esse cotidiano um “filme”, roteiro singular da vida de alguém.

Para Heller (1970), o homem é, simultaneamente, ser particular e ser genérico. O homem realiza atividades que têm um caráter ligado ao gênero humano, portanto, atividades humanas, mas o particular aparece inevitavelmente no modo de manifestar ou realizar a atividade.

O cotidiano apresentado por Kujawski (1988) também traz essa ideia de um viver saudável tecido de modo singular no dia a dia por meio das atividades que realizamos. Para esse autor, o cotidiano pode ser compreendido a partir da metáfora de um leito firme de um rio no qual suas águas, representantes da vida, fluem e têm uma direção e estabilidade dada pelo contorno das margens. Acrescenta ainda que cotidiano, etimologicamente, significa ‘cada dia’, uma unidade de medida da sucessão da vida humana feita de um dia após o outro que confere à vida caráter fluido, sucessivo e continuado.

Essa fluidez se expressa no movimento da vida composta por momentos constitutivos tais como o habitar, trabalhar, conversar, passear e comer. Kujawski (1988) privilegia essas atividades para abordar as formas elementares da vida cotidiana. Não se trata do comer como atividade que garante a sobrevivência, mas o comer que envolve um ritual, a sensorialidade e a conservação de histórias transmitidas de geração para geração e que conferem a essa atividade o caráter humano. O passear também é colocado como um conjunto de ações que permitem ao homem se apropriar dos lugares pelos quais transita. Passear é estar e permanecer nos lugares; é tomar pontos de referência da cidade para delimitar e afirmar um circuito cotidiano pessoal. Passear é encontrar caminhos geográficos que levam um homem ao outro e a si mesmo por serem pontos de reconhecimento daquilo que é próprio. Esses encontros, incluindo aqui também os desencontros, são conversados com outras pessoas, momentos do cotidiano em que se perfaz a própria experiência com a do outro. É a conversação cotidiana que permite ao homem pensar em diferentes possibilidades para o seu viver. Quanto ao trabalhar, o autor remete à ideia de *práxis*[1], isto é, o trabalho como atividades associadas à consciência e realizadas pelo homem, atividades que o autorizam a tomar, como seu, o resultado do trabalho, fruto de sua ação criadora. E, por fim, o habitar que se refere ao instalar-se em um alvéolo, a casa que representa o lar, o abrigo que sempre está lá à espera de quem já o habitou.

[1] Termo também usado por Castoriadis (1999), para o qual a *práxis* tem por objeto a criação.

O trabalho é a atividade do cotidiano que mais evidencia a crise pela qual os homens hoje vivenciam. A crise que leva a um dia a dia destituído do caráter humano que as atividades devem ter para que se constituam em um cotidiano. Contudo, deixo essa discussão para outro momento e volto a me referir ao que acredito sustentar um cotidiano saudável: ser e estar inserido nas circunstâncias cotidianas. Para isso, é necessário fazer: trabalhar, brincar, falar, esculpir, cantar, comer, cozinhar, passear, entre outros fazeres.

Como diz Certeau (1995), o homem comum, por meio das "artes de fazer", se apropria do que lhe é apresentado pela cultura já presente, anterior à sua existência como indivíduo, e faz *bricolagens* pelas quais a narrativa diária, presente no cotidiano, vai sendo singularmente construída. Há uma criatividade das pessoas comuns que as leva às manobras silenciosas e sutis como formas próprias de fazer em meio a uma denominada cultura que se propõe única. Um dos apontamentos desse autor que me interessa compreender cada vez mais é seu interesse não pelos produtos culturais oferecidos em uma determinada sociedade, mas pelos gestos de seus membros que operam sobre aquilo já dado. O gesto, para esse autor, é um ato produtor que leva às criações anônimas, diferentes maneiras de fazer que compõem a cultura comum e cotidiana.

Desde o início, a vida acontece cotidianamente a partir da sucessão de diversas circunstâncias, das quais, no começo, nem sabemos que fazemos parte. Não sabemos, mas estamos inseridos nelas e a compreensão gradual desse fato é sempre para nós uma descoberta e, nas muitas felizes vezes, acompanhada de uma sensação de estar criando.

Quando penso na criança e no seu processo de constituição, vem a imagem dela em meio às interações com o mundo, a princípio, desconhecido. Maneiras de fazer vão sendo descobertas, apropriadas e usadas pela criança para tomar para si cada minuto vivido, apesar da crescente descoberta de regras que existem e acompanham os seus minutos contínuos de vida.

Safra (1999) diz que "a mãe e o pai fornecem à criança, com suas presenças vivas, um campo simbólico, um repertório simbólico e, ao mesmo tempo, possibilitam e permitem que a criança imprima a sua singularidade nesse campo" (p. 40). É o indivíduo na cultura, resultado do gradativo ingresso na realidade compartilhada, um longo percurso onde acontecem os encontros entre o indivíduo e os outros, ora acompanhados, ora não da materialidade das coisas.

Diante das várias circunstâncias experimentadas, a brincadeira é uma delas, e aí a criança interage com um cenário e ajuda a construí-lo com sua participação ativa. É uma

atividade que se destaca na infância com seu papel facilitador do processo de socialização ao permitir à criança a apropriação e o exercício dos códigos culturais e sociais.

A brincadeira é uma atividade distinta das demais atividades humanas, pois não pode ser considerada de modo literal, é sempre marcada pela liberdade de ação daquele que brinca e pelo paradoxo de ser uma atividade não séria sem deixar de ser séria (BANDET; SARAZANAS, 1972; BATESON, 1956; BROUGÈRE, 1997; HUIZINGA, 1938).

Caracteriza-se por um conjunto de ações e comportamentos nela contidos em que o sentido e valor existem em um determinado espaço e tempo nos quais a brincadeira acontece. Esse universo de sentidos construído só vale e é considerado imensamente verdadeiro, na dinâmica própria dessa atividade que é a brincadeira, se forem decorrentes de uma criação daquele que brinca. Nessa atividade os indivíduos são necessariamente proprietários daquilo que fazem.

E é nessa apropriação que a criança encontra uma determinada cultura, toma conhecimento, adapta, usa, transforma, expressa e participa da construção desses componentes da cultura humana no interior das experiências por ela vivenciadas. Ela entra em contato com uma “forma” com a qual ela deve e pode brincar.

É dizer, conforme Certeau (1995), de uma cultura não delimitada à máquina de escrever, papel e ócio em uma experiência da qual a arte, em seu sentido mais comum, poderia nascer, mas referente às expressões culturais produzidas nos gestos e atividades cotidianas. Esse autor afirma que o cotidiano está semeado de maravilhas tanto quanto o universo dos escritores e artistas e ressalta que a criação pode surgir por toda parte, nas inúmeras atividades urbanas ou rurais, entre familiares ou amigos.

Nos escritos de Benjamin (1969), sobre os brinquedos e o brincar, há espaço privilegiado para o que ele denomina de cultura da criança. Não se trata da manutenção de conteúdos sentimentais e idílicos associados à infância, mas da emergência contínua de um material, produzido com a participação da criança, que nos serve para mostrar a história dos homens sobre aquilo que permanece ao longo das diversas gerações, o olhar dos homens perante a criança e a infância de todos que um dia por ela passaram.

Seguindo Certeau (1995), não pretendo discutir a cultura a partir de sua localização na sociedade como fenômeno imbricado nas práticas políticas e econômicas do grupo social, nem discordar da importância desta análise, mas ver a cultura a partir das práticas cotidianas que evidenciam diferenças construídas nas experiências do dia a dia pelos indivíduos, o que rompe com a tendência do consumo e homogeneização cultural e abre espaços para a

produção de cultura e formas diferenciadas de usá-la. O foco está nas “maneiras de fazer” e na criatividade das pessoas comuns.

A cultura, expressa nas atividades, manifesta-se nos atos realizados que são aceitos socialmente e resultam em uma obra que encerra uma inventividade própria. Isto significa que, nessa obra, há um acréscimo e um excesso que implicam em uma fratura nos sistemas e leis que sustentam sua possibilidade de existir. É falar de uma perspectiva em que a cultura não é, simplesmente, absorvida e reproduzida pelo autor em suas práticas sociais; é necessário que a realização do ato traga uma marca desse autor naquilo que lhe foi dado pelos outros para o viver e o pensar.

Nas atividades, compreendidas como expressão e construção da cultura, há um jogo que mantém a organização e a continuidade socialmente construída, mas introduz uma discreta proliferação de uma criatividade. A cultura, tal qual afirma Certeau (1995), será aqui tomada em seu sentido de pluralidade, o que possibilita que as atividades criadoras e significadas no interior de práticas singulares realizadas por indivíduos singulares possam ser reconhecidas em sistemas de referências que não sejam únicos e monolíticos.

Toda expressão cultural é, antes de mais nada, uma atividade humana com significados para aquele que a realiza e para seu entorno social. Considero como criatividade, aquela implicada no caráter humano que uma atividade possa conter e singularizada em um processo de criação próprio àquele que a realizou. Essa relação entre a criatividade e o humano decorre de uma forma de compreender a constituição do indivíduo a partir de sua vinda a um mundo que já existia antes mesmo de sua chegada e é, por esse novo ser vivente e humano, transformado, modificado ou, de outro modo, criado por esse que acabou de chegar.

Então, retomando a criança, o processo de aproximação dos elementos do mundo externo é favorecido, entre outras atividades, pela brincadeira, caracterizada como aquela marcada pela liberdade de iniciativa e tomada de decisão, domínio por aquele que brinca e interesse e prazer que dela extrai. A brincadeira é uma ação ou conjunto de ações movidas pela intenção de uma prática por elas mesmas, sem outra finalidade que não a de brincar.

Lembrando Huizinga em *Homo Ludens* (1938), encontramos a asserção de que o jogo, no sentido mais amplo do termo que inclui o brincar, é uma atividade voluntária do ser humano que ingressa no verdadeiro jogo sem haver imposições. O mesmo nos diz Caillois (1967), que se refere ao caráter improdutivo que marca essa atividade. A criança não visa um resultado final ao brincar senão vivenciar o próprio brincar. O caráter improdutivo é aqui compreendido como caráter de criação, uma vez que a criança quando brinca não está preocupada em desenvolver, por exemplo, habilidades corporais, mas está envolvida na

própria possibilidade de ir fazendo, criando naquela determinada situação marcada por um tempo e espaço delimitado. O adulto, escrevem Bomtempo e Hussein (1986), pode orientar a criança durante o brincar, mas é preciso deixar que a brincadeira espontânea apareça pois é desta forma que a criança ingressa, de modo gradual, na vida da realidade compartilhada.

Sempre me refiro a um exemplo cotidiano da vida de muitas pessoas que estiveram ou estão próximas de alguma criança pequena: quando esse ser, sentado no sofá e rodeado de brinquedos, tenta pegar um brinquedo com as duas mãos e levá-lo à boca, mesmo sem muito equilíbrio na posição sentada, quase caindo para o lado ou para a frente, ele não está preocupado com as habilidades que estão sendo exercitadas, como a preensão bimanual, o equilíbrio de tronco ou a coordenação mão-boca desenvolvida nessa sua ação. Aquilo que lhe toma a mente e o corpo e deixa marcas vivenciais é a própria atividade e o prazer que sente ao brincar.

A infância, como um período do desenvolvimento humano, revela diversas experiências que a criança vive e nas quais se confronta com símbolos, imagens e representações que traduzem sua realidade e mobilizam para uma outra, a do universo imaginário. Em parte dessas experiências encontramos o brinquedo compondo seu cenário, como um guia, ponto de apoio e suporte para o desenvolvimento da atividade da brincadeira pela criança. Neste contexto, os objetos usados são importantes mediadores na comunicação nas situações sociais, portanto, vetores para o processo de socialização.

Aqui abro um pequeno espaço para dizer mais sobre ele, o brinquedo, que, no contexto da brincadeira, torna-se um objeto com o qual aquele que brinca mantém uma íntima relação e estabelece regras próprias, implícitas, que norteiam seu uso.

O brinquedo, como suporte mais difundido da atividade do brincar e objeto específico da infância, é ressaltado por Brougère (1997) em sua contribuição para a formação de um indivíduo social. Para o autor, “um indivíduo social é aquele que se situa nas relações que mantém com os objetos e que é, igualmente, situado pelos outros segundo suas relações com os objetos” (p. 67).

O brinquedo pode ser definido de duas formas: uma delas é em relação à atividade, brincadeira, quando o brinquedo é tudo aquilo que é usado como suporte para a brincadeira. O objeto, manufaturado, construído ou transformado por aquele que brinca, torna-se um brinquedo e seu significado como objeto lúdico é atribuído enquanto servir à atividade do brincar. A outra forma é aquela que define o brinquedo como um objeto industrial ou artesanal, feito para ser usado pela criança em suas brincadeiras, portanto, reconhecido socialmente como tal (BROUGÈRE, 1997).

A primeira via de definição, marcada pela expressão material do brinquedo e sua dimensão funcional, supõe uma relação do objeto com aquele que o manipula. Trata-se de uma relação íntima estabelecida entre o brinquedo e a criança no contexto da brincadeira e uma ausência de regras, explícitas *a priori*, para o seu uso (KISHIMOTO, 2005). O uso quem faz e determina é a própria criança.

Quando menciono o termo uso, não me refiro àquele uso que se delimita na utilidade seguida à risca do que o objeto brinquedo se propõe através de suas formas, considerando as habilidades manuais envolvidas, mas sim àquele uso que Barthes (1988) aponta como uma invenção do mundo a partir desses materiais que constituem os brinquedos. O uso que a criança faz do material à sua disposição ou, simplesmente, do espaço e tempo, determina a caracterização do objeto como um brinquedo e daquele recorte de espaço e tempo como um momento de brincar.

O brinquedo é um objeto que faz parte da cultura de uma sociedade e estrutura a atividade do brincar ao oferecer à criança, encerrado em sua tridimensionalidade, uma certa forma e imagem com significados que servem para a criação de sentidos. A cultura lúdica impressa neste objeto é compreendida como um conjunto de esquemas, de regras e de imagens que permite às crianças executarem suas brincadeiras (BROUGÈRE, 2004). São objetos que ora trazem inovações ora transmitem as formas mais tradicionais da brincadeira.

A criança, ao brincar e fazer uso dos brinquedos, explora, manipula, aprende e segue regras, desenvolve comportamentos nas situações lúdicas que a conduzem ao exercício e aprendizado de esquemas sociais (BROUGÈRE, 1997).

Já a segunda via de definição do brinquedo não se dá pelo uso que dele é feito, mas anteriormente a esse momento, o objeto já é definido como propriedade da criança e destinado à população infantil, isto é, encerra em si uma dimensão simbólica. O brinquedo fabricado ou construído pelo adulto veicula e transmite conteúdos simbólicos, imagens, universos imaginários e representações produzidas pela sociedade, e traz o olhar da comunidade de adultos acerca da criança e infância. As memórias daqueles que fabricam os brinquedos também são resgatadas pelas lembranças e sensações e contribuem para a emergência de novos brinquedos e perpetuação de tantos outros no mercado.

Através do brinquedo, a criança se depara com aspectos da cultura e de sua sociedade, conteúdos simbólicos encerrados nesse objeto que trazem uma representação da criança e daquilo que ela necessita para o seu futuro conforme significações culturais originadas em uma determinada sociedade. Os brinquedos documentam o olhar dos adultos em relação ao mundo das crianças.

É a isso que Brougère (1997) se refere quando diz que à infância, por tradição cultural, são associadas representações daquilo encontrado no universo real, mas não através de uma reprodução fiel desse mundo, mas de uma imagem cultural particularmente destinada às crianças.

No contato com o brinquedo, nas situações de interação lúdica ou não, a criança conhece os códigos sociais e culturais que a auxiliam na compreensão, construção e transformação de suas relações com o meio externo.

O uso do brinquedo permite o acesso a certos aspectos da cultura através de uma relação que não é, necessariamente, marcada pela recepção passiva de um conjunto de informações; o brinquedo coloca-se como suporte de ações, representações, imagens e significações que são utilizadas pela criança a seu modo.

A brincadeira, instrumentalizada pelo brinquedo, favorece a construção das relações da criança com os objetos em vários sentidos: o cuidar, o ter a posse, o emprestar, o dar, o doar, o destruir, o negociar, o desejar, o perder e o compartilhar, entre outros, experimentados nas diversas situações vividas na realidade social e cultural.

Outras brincadeiras surgem sem a necessidade de um suporte material e palpável como o brinquedo, mas são diversas atividades, como diz Bomtempo (2005), como “voar”, cair, correr, pular, que representam experiências concretas envolvendo um mínimo de elementos de imaginação e de faz de conta.

Steinberg e Kincheloe (2004) apontam para a influência das condições sociais, políticas, econômicas e culturais na constituição da noção de infância atual. Essas condições têm se alterado, de modo mais intenso e veloz após a metade do século passado, como o crescente ingresso das mulheres no mercado de trabalho, a separação dos casais levando às novas configurações de famílias, a invasão do público sobre o privado por meio do incremento das formas de veiculação da informação, entre outras situações, evidenciando a infância como um fato social e histórico, o que inviabiliza pensá-la a partir de uma visão etnocêntrica.

Escolho por não me render ao rumo apontado por Steinberg e Kincheloe (2004) quanto à produção corporativa da cultura infantil, apesar de reconhecer a importante discussão. Se, por um lado, reconheço o que esses autores dizem sobre a cultura infantil pós-moderna feita pelos adultos e direcionada às crianças, contrapondo-se ao passado quando a cultura era propagada entre as próprias crianças, por outro, a despeito do repertório cultural de uma dada civilização e de uma impregnação cultural à qual a criança está submetida, considero que ela também ainda pode ser responsável pela manutenção e transformação dessa

cultura. Essa impregnação está longe de ser um condicionamento, “trata-se de um processo dinâmico de inserção cultural sendo, ao mesmo tempo, imersão em conteúdos preexistentes e apropriação ativa” (BROUGÈRE, 1997, p. 49). Contudo, para que tal processo efetivamente aconteça, é necessário preservar o brincar.

É na interação lúdica, no contexto da brincadeira, que a criança irá agir culturalmente e construir os valores culturais a partir da própria experiência. Uma trajetória pessoal e inédita vai emergindo dessas ações culturais em que a criança insere criações próprias no que lhe foi apresentado e disponibilizado.

O brinquedo, como suporte cultural, traz uma peculiaridade importante para a criança, abre espaço para ela agir e, desse modo, confrontar-se com aquilo que é colocado à sua frente, construindo novas significações a partir de ações que traduzem suas vivências cotidianas e sua história pessoal.

Bomtempo (2005) diz que o brinquedo é um pedaço de cultura colocado ao alcance da criança, um parceiro na brincadeira. O brinquedo, sendo esse parceiro, não é um objeto que impõe a cultura, mas um objeto que está a serviço do movimento que leva a criança à ação e à criação de sentidos nessa experiência cultural.

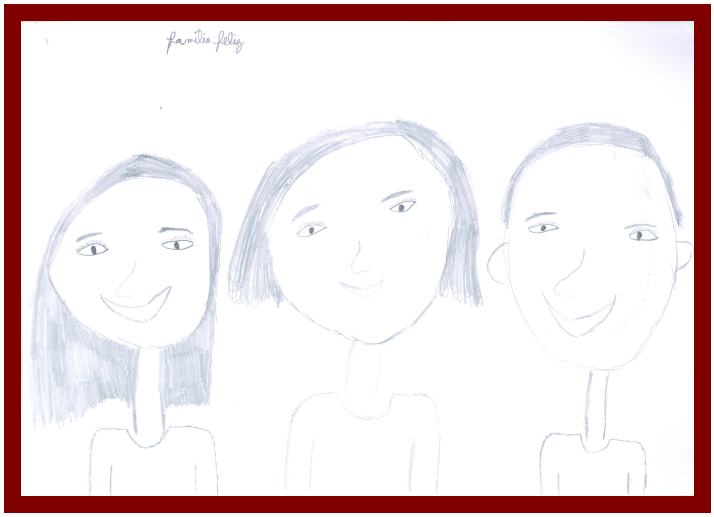
Brinquedo será tomado aqui, seguindo alguns pesquisadores (BOMTEMPO, 2004, 2005; BROUGÈRE, 1997, 2004; KISHIMOTO, 2005), como objeto, suporte materializado para a atividade do brincar, esta marcada pelo movimento, experiência, ação, solitária ou compartilhada, duas situações essenciais no processo de desenvolvimento humano.

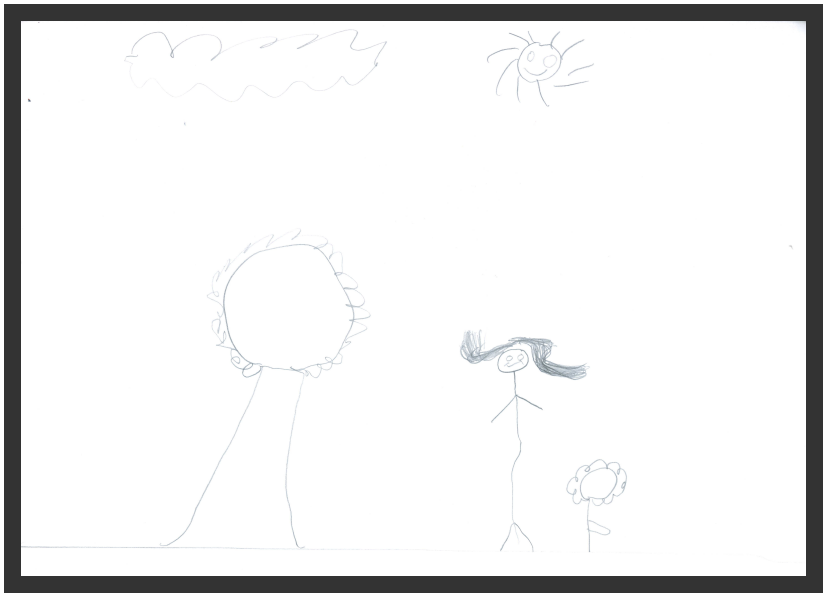
Como afirma Brougère (2004), brincar com brinquedos é sempre uma produção singular em um contexto específico. Essa ideia corrobora o que Certeau (1995) coloca como práticas sociais e singulares que vão construindo uma determinada cultura, sustentando a forma como escolhi para olhar as atividades realizadas pelas crianças atendidas na terapia ocupacional, como produtoras de cultura e criações que dizem respeito à sua história e apreensão de si e do mundo.

Dizer sobre o brincar de crianças é, para mim, poder brincar com elas e a partir da experiência e dos registros corporais e sensoriais que dela resultam ter elementos para pensar sobre essa atividade que encerra tantas outras. Atividades realizadas com pessoas, objetos ou de modo solitário, na dependência exclusiva da imaginação, contribuem para o aprendizado de uma criança, não necessariamente aquele exercitado nas instituições educacionais, mas o aprender a conhecer o mundo e viver a passagem da infância para a vida adulta. Essa passagem é o ingresso na realidade compartilhada, social e cultural, para o qual as atividades têm importante papel, pois são ora realizadas ora narradas ou testemunhadas em um cenário

compartilhado por outros. É dessa relação entre o brincar, compreendido como atividades, experiências realizadas em um tempo e espaço, e o ingresso na realidade compartilhada que adiante proponho abordar.

Registros de um menino de 8 anos: expressão do seu olhar sobre parte da realidade compartilhada





3 O BRINCAR E O INGRESSO NA REALIDADE COMPARTILHADA: O LUGAR DA CRIATIVIDADE

— Do que a gente vai brincar hoje? Um gesto, uma criação.

— Vamos brincar de esconder? Um outro, um reconhecimento.

Inicio com esse diálogo e quero indicar que, neste momento do trabalho, tratarei de um tema que encerra em si a questão do encontro. Uma das acepções deste termo diz sobre o ato de encontrar. E, para o ato de encontrar, há os sentidos de achar e descobrir, entre outros (FERREIRA, 1986). Um encontro, então, trata-se de um instante no qual um achado ou uma descoberta é feita. O encontro de pessoas implica em uma achar a outra, achar como sinônimo de descobrir.

A cena do encontro: um pequeno ser se aproxima e me puxa para falar ao meu ouvido, em uma comunicação que se pretende, claramente, efetivar-se graças ao modo como é realizada, como um segredo que vai contar e o qual requer um ouvinte atento: “Do que a gente vai brincar hoje?” Essa pergunta feita pela criança, para mim, remete não só à intenção de brincar e ao convite ao outro para participar dessa experiência, que se traduz em diversas ações, mas à possibilidade de construir, verbalmente ou não, um gesto dirigido ao outro na realidade compartilhada.

O gesto, compreendido como momento pessoal, é aquele que veicula aspectos do *self*[1] da pessoa e vai ao encontro do outro na espera de que seja reconhecido de alguma maneira, como um mediador de uma comunicação que viabiliza sua inscrição no campo das relações interpessoais e da cultura. E, na continuidade da cena do encontro: um outro, atento, reconhece o gesto lançado na realidade, portanto, compartilhada, o acolhe dizendo: “Vamos brincar de esconder?”

Essa comunicação tem suas origens no que Winnicott (1969) afirmou como a experiência de mutualidade, o começo de uma comunicação entre duas pessoas, o bebê e sua mãe. Mas o autor explica que, no processo maturacional, a criança, para ir ao encontro do outro, precisa antes adquirir a capacidade de perceber-se e ao outro, como pessoas totais. Esta capacidade de estabelecer relações na realidade percebida objetivamente é precedida de um período de tempo, importante no desenvolvimento humano inicial, no qual tal capacidade ainda não existe. É uma aquisição gradativa que depende não somente das tendências inatas

[1] Conforme Safra (1999), o *self* é uma organização dinâmica, que se constitui no processo maturacional do indivíduo com a facilitação de um ambiente humano, que o possibilita ser uma pessoa e ser ele mesmo.

do bebê para o desenvolvimento, mas também do meio ambiente responsável pelo seu cuidado.

No início, o bebê é dependente de modo absoluto dos cuidados realizados por alguém, a mãe ou aquela pessoa que realiza a maternagem. Disso decorre o que Winnicott (1960) afirma, que não podemos descrever o bebê sem descrever o ambiente no qual se encontra e o qual tem importância, especialmente nesse início, por ser uma parte daquele bebê. Essa pessoa que representa o ambiente, no caso a mãe biológica, desenvolve durante a gravidez uma sensibilidade exacerbada que a torna devotada, na expressão de Winnicott (1956), para uma adaptação sensível e delicada às necessidades do seu bebê. Esse estado especial em que a mãe se encontra é denominado de Preocupação Materna Primária.

Essa adaptação absoluta dá espaço para a desadaptação gradativa, necessária ao bebê para que ele tome conhecimento daquilo que, mais tarde, ele entenderá como sendo parte da realidade compartilhada, em uma avaliação objetiva do mundo (WINNICOTT, 1945, 1963a, 1968a).

No desenvolvimento emocional, do estágio de dependência absoluta à aquisição da independência, esta nunca plenamente alcançada no sentido literal do termo, três processos para a constituição do indivíduo acontecem: integração, personalização e realização (WINNICOTT, 1945, 1967a, 1970). O bebê, na sua tarefa de autointegração, requer a presença de uma pessoa que "junte seus pedaços" e o faça sentir-se integrado. Essa presença humana é expressa pelos cuidados destinados ao bebê como carregá-lo, aquecê-lo, balançá-lo, segurá-lo, originalmente, denominado *holding*. A mãe ou a pessoa que desempenha a maternagem proporciona ao bebê experiências no âmbito físico e psíquico de modo a favorecer que ele se sinta uno. Esse contorno proporcionado pelo *holding* é acompanhado de outra tarefa, que o bebê também precisa cumprir no seu processo de desenvolvimento: a personalização. Aqui, novamente, os cuidados físicos que o ambiente ou a mãe oferece ao bebê, são traduzidos em outra função materna denominada *handling*, que inclui os cuidados diários como o dar banho, o trocar de roupa e outras experiências de cuidados físicos repetidos e expressos de modo particular. Winnicott (1988b) diz que a provisão de cuidados físicos é a única forma de expressão de amor que o bebê pode reconhecer no princípio. A personalização é, portanto, o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo, de habitá-lo. E, por fim, a realização significa tomar conhecimento do tempo, do espaço e de outros aspectos da realidade, do mundo real. Para esse processo acontecer, é necessário que a mãe possa apresentar o mundo em pequenas doses ao bebê, na medida em que ele se torna capaz de perceber-se como pessoa total, assim como o outro. A tarefa materna de levar o

mundo, em pedacinhos simplificados, ao bebê deve ser feita de modo gradual e crescente às suas necessidades e capacidades.

Cuidar do bebê, no início de sua vida, significa cuidar a partir do encontro que a mãe consegue ter com o seu bebê. Trata-se de um encontro de corpos, quando o corpo da mãe, pela sua capacidade de maternagem, adapta-se ao pequeno corpo do filho, que vai sentindo mais claramente o próprio contorno. Para que a criança se sinta una e habite seu corpo há a necessidade dessa presença humana, afetiva, do outro. Como diz Safra (1999), é uma experiência afetiva existencial que o bebê vivencia com a mãe ou aquele que cuida dele.

Para esse autor, essas experiências, que são da ordem dos sentidos humanos, são experiências que ele denomina de estéticas, termo que aborda

> [...] o fenômeno pelo qual o indivíduo cria uma forma imagética, sensorial, que veicula sensações de agrado, encanto, temor, horror, etc. Estas imagens, quando atualizadas pela presença de um outro significativo, permitem que a pessoa constitua os fundamentos ou aspectos de seu *self*, podendo então existir no mundo humano (p. 20).

São acontecimentos que ocorrem, desde o início da vida, no encontro, por vezes um desencontro, com outro ser humano, marcando com a beleza ou o horror a história inicial do indivíduo.

Winnicott (1956) diz que a psique vai se constituindo a partir das elaborações imaginativas de partes, sentimentos e funções somáticas e de acúmulo de memórias de experiências, tendo como função a interligação de vivências passadas com o presente e o futuro. A partir da constituição da psique o *self* passa a existir, havendo um eu que habita o corpo do indivíduo.

Vimos que a possibilidade de realizar um gesto em direção ao mundo, do “eu faço” acontecer com um sentido pessoal, requer primeiramente a constituição do “eu sou” que é decorrente das experiências que levam o bebê ao processo de integração e personalização e crescente conhecimento do mundo. Conforme Winnicott (1971a, p. 120) “[...] desejo dizer: ‘Após ser – fazer e deixar-se fazer. Mas ser, antes de tudo’”. E o sentimento de ser é anterior à ideia e percepção de estar com o outro, embora todos esses processos fundamentais para a constituição do indivíduo aconteçam com a presença humanizadora de um outro.

O fazer com sentido de criação nos remete aos primórdios do desenvolvimento emocional quando a criatividade é vivida como parte da experiência de vida do indivíduo. Isso ocorre na relação do bebê com a mãe que, no desempenho de suas funções de cuidado, apresenta o mundo no momento exato em que o bebê está prestes a criá-lo, suprindo-o com a experiência de onipotência. Esse momento possibilita ao bebê vivenciar a ilusão como uma

superposição de experiências: a que vem de dentro e a que vem de fora. A alucinação, de algo a ser atacado diante da sensação de fome, encontra um objeto real, o seio, que lhe fornece sensorialmente informações visuais, olfativas, táteis e gustativas que possibilitam que as duas coisas, a alucinação e o mundo apresentado, sejam vistas pelo bebê como idênticas. “Para que a ilusão possa ocorrer, será necessário que a apercepção coincida com a percepção” (SAFRA, 1999, p. 20).

É na experiência de mutualidade que as tendências inatas para o crescimento e desenvolvimento e as características herdadas do bebê encontrarão o outro, a mãe, capaz de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir e criar (WINNICOTT, 1969). Essa experiência, que permite à criança encontrar justamente aquilo que ela concebeu, lhe abre caminhos para o desenvolvimento e a crença na capacidade de criar. Portanto, a criatividade é a manutenção, ao longo da vida, de um registro relacionado às experiências de criação na infância.

São experiências que ocorrem no espaço entre a mãe e o bebê, onde a vivência que o bebê tem da ilusão de ter criado a partir do impulso originado da própria necessidade, viável pela presença e tarefa humana da mãe com seus cuidados, dá ao bebê a confiança de que o objeto pode ser encontrado, contribuindo para que ele seja capaz de, posteriormente, perceber e tolerar sua ausência. No fenômeno da ilusão, a criatividade primária do bebê coincide com a percepção objetiva, o que leva à constituição do objeto subjetivo (SAFRA, 1999).

É na continuidade desses primeiros passos em direção ao conhecimento e relação com a realidade compartilhada, no desenvolvimento do processo maturacional, que experiências envolvendo uma outra ordem de objeto, o objeto transicional, e fenômenos, denominados também de transicionais, assumem um papel fundamental para que essa caminhada aconteça de modo suave, no sentido de assumir um ritmo capaz de ser tolerado e acompanhado pela criança (WINNICOTT, 1951, 1988b).

O objeto transicional e os fenômenos transicionais representam uma área intermediária de experiência que marca a transição entre duas ordens de fenômenos: o erotismo oral e a verdadeira relação objetal. São pontes para a passagem de um estágio em que há incapacidade de reconhecer e aceitar a realidade e a crescente capacidade em fazê-lo. A ocorrência dos fenômenos transicionais e o aparecimento do objeto transicional acontecem no período dos primórdios da vivência de separação entre o bebê e sua mãe. É o momento em que o bebê vivencia a passagem da dependência absoluta do ambiente para a dependência relativa e inicia sua capacidade de usar símbolos.

Nesse processo gradual de separação, essa área intermediária entre o que é subjetivo e objetivamente percebido, a dos fenômenos e objeto transicionais, é uma área da vida onde tanto a realidade interna quanto a externa contribuem para a experimentação. O objeto transicional tem valor e significado de confiança na união do bebê com a mãe e é a primeira possessão não eu de que o bebê faz uso. Um modo particular de mexer o rosto, acariciar um pedaço de pano ou emitir algum som, são exemplos de fenômenos transicionais e são fundamentais, tal qual o objeto transicional, para a criança nos momentos de dormir, da solidão ou de ameaça de uma ansiedade.

O objeto transicional não está sob o controle mágico como o objeto interno, mas não está fora do controle como a mãe real. Trata-se de um paradoxo que não cabe ser questionado, basta compreender sua função, temporária, pois gradualmente é descatexizado, relegado ao limbo. Esse período é marcado pela gradual compreensão intelectual que auxilia o bebê a perceber que a existência do mundo é anterior a ele. Contudo, como reforça Winnicott (1988b), o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece.

É importante que esse começo de vida tenha condições favoráveis a partir das quais se inicia o desenvolvimento do bebê, a constituição de um indivíduo com um ego pessoal capaz de tornar-se um adulto saudável e preparado para defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida, na jornada que vai da dependência absoluta à independência. Esse enfrentamento da realidade compartilhada é aliviado e assume um tom mais suave na medida em que o indivíduo faz uso de sua capacidade criativa. Esse uso corresponde à contínua busca e construção de um estilo de ser, da expressão de um modo particular de fazer na realidade compartilhada.

Ao falar do início do uso de símbolos, com o aparecimento dos fenômenos e objetos transicionais, Safra (1999) diz que o termo uso significa não somente a possibilidade de a criança empregar os símbolos de sua cultura, mas também de dar a esses símbolos um uso pessoal. Penso, nesse instante, na constituição de sentidos resultante de uma apropriação de símbolos exteriores ao indivíduo e já disponíveis na cultura da realidade compartilhada e de uma espécie de constituição de “símbolos” próprios que decorre desse uso pessoal daquilo que já existia independentemente do indivíduo. A construção de sentidos se dá, portanto, a partir do viver a experiência.

A esse respeito, vimos que Certeau (1995) assinala que a cultura é resultado de um processo de construção e transformação contínuas decorrentes das ações ou atividades que os homens realizam com aquilo que a própria cultura disponibiliza para ser usado, mas significado de modo próprio por aquele que o usa. Essa abertura para a inventividade própria,

que sua ideia de cultura traz, é que permite uma cultura viva e expressiva de um povo. Mas o próprio autor já nos alerta de algumas dificuldades. Na sociedade do espetáculo, marcada pela abundância e exagero, pouco espaço resta para a expressão singular do ser humano. Essa tarefa não é nada fácil.

Associo, aqui, às ideias de Winnicott (1967a, 1970) sobre saúde, que não é fácil de alcançar e manter, mas com as quais eu compartilho por acreditar nelas: o desenvolvimento saudável implica em alcançar certa identificação com a sociedade sem perder aquilo que é pessoal. É ter a possibilidade de ser e estar no campo social e cultural e fazer a partir do ser, isto é, um fazer que traga registros de aspectos do *self* daquele que fez.

Essa ideia de saúde reúne três áreas do viver humano, mencionadas pelo autor (1959, 1967a): a da realidade compartilhada, reconhecida pelo indivíduo, gradualmente com um não eu; uma outra, a da realidade psíquica pessoal, aquela em que o indivíduo alucina ou cria ou imagina ou concebe; e uma terceira, uma área intermediária de experimentação para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. É a área da experiência cultural. Encontramos experiências pertencentes a essa terceira área da vida, na criança maior e no adulto, nas atividades do brincar, nas artes, no sentimento religioso, e em outras atividades do campo da cultura que representam a continuidade das experiências iniciadas com a ilusão e sucedidas, em seguida, por aquelas do campo da transicionalidade.

Isto significa que a localização da experiência cultural tem suas raízes no espaço potencial entre a criança e a mãe, espaço no qual as primeiras experiências de criação do bebê puderam se concretizar graças a uma presença humana e confiável que tornou possível a experimentação da ilusão. Do ponto de vista de quem experimentou não se tratou de ilusão, mas uma vivência real de poder criar a partir de si. A criança que viveu a experiência de ilusão e onipotência tem recursos para experimentar e enfrentar as limitações que o mundo compartilhado impõe.

Apesar de não se deter na definição de cultura, Winnicott (1967b) deixa claro que o termo experiência cultural trata de uma ampliação da ideia dos fenômenos transicionais e do brincar. O uso do termo cultura para esse autor remete, de um lado, à questão da tradição herdada como base para qualquer coisa original que venha a contribuir para o campo cultural e, de outro, à originalidade que, longe de se opor à tradição, requer esse fundo cultural comum da humanidade que se acumula em história ao longo do tempo e espaço.

Cada indivíduo percorre uma trajetória singular onde, por meio das experiências vividas na presença de um outro, vai encontrando simbolicamente aquilo que diz respeito a si próprio. É um percurso em busca do encontro de uma forma peculiar de fazer as atividades na

realidade compartilhada que diz respeito à possibilidade de o indivíduo fazer, no campo cultural, a partir daquilo que expressa o seu ser. É, como diz Safra (1999), o estar no mundo, que consiste em articular experiências em símbolos de *self* e viver experiências nas quais o indivíduo se inscreve no campo cultural a partir do *self*.

A área das experiências do brincar, aqui referido não somente à atividade desenvolvida pela criança, mas como experiências nas quais é possível criar, é lugar de relaxamento para os que continuamente realizam a tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, mas inter-relacionadas, driblando a tensão que existe por meio do fazer com criatividade.

O ingresso no campo da cultura, a capacidade do ser humano para a experiência cultural, requer um processo no desenvolvimento humano em que há uma passagem da relação com o objeto para o uso do objeto. Winnicott (1968b) diz que a capacidade para usar um objeto é mais elaborada que a capacidade para relacionar-se com os objetos. Explica que a relação com os objetos é uma experiência que pode ser descrita em termos do indivíduo individual, ao passo que o uso de um objeto requer o seu reconhecimento como sendo algo exterior ao indivíduo que pretende tomá-lo para seu uso, o que implica na compreensão da existência da realidade compartilhada.

Para usar um objeto há a necessidade de aceitar a existência independente do objeto, o que requer o desenvolvimento de uma capacidade para usar o objeto ao longo do processo maturacional. De novo, um processo que depende de um meio ambiente facilitador, isto é, da presença de outro humano que favoreça a passagem do bebê do relacionar-se para o uso.

A importância do ambiente fica evidente na situação estabelecida descrita por Winnicott em 1941, ao apresentar o jogo da espátula, quando a capacidade humana de sustentar os acontecimentos de um indivíduo se verifica dando-lhe a possibilidade de ser o autor dos gestos durante o jogo. A situação estabelecida era a situação pela qual todo o bebê que fazia consulta com Winnicott passava. Representava o *setting* onde se dava o jogo da espátula e as observações dos acontecimentos. Sustentar um acontecimento refere-se à capacidade da mãe de não interferir no gesto do bebê, favorecendo sua ocorrência. O médico sentava-se em um canto da mesa enquanto a mãe, com o bebê no colo, sentava-se no outro lado desse mesmo canto. Sobre a mesa, ao alcance do bebê, uma espátula metálica era colocada. Essa situação exigia uma habilidade da mãe para permitir que as coisas que fossem verificadas pudessem ser creditadas à criança. Nesse jogo, o bebê atraído pelo objeto metálico expressa seu interesse por meio do corpo, do gesto em direção ao objeto de interesse, mas há um tempo em que um dilema paira sobre o gesto: é o período de hesitação quando o bebê

avalia o ambiente e mantém ou retira seu interesse segundo a capacidade do ambiente em acompanhar seu gesto. Da expectativa e imobilidade no período de hesitação, o bebê passa a ter livre movimentação corporal e confiança no ambiente para pegar a espátula e brincar com ela, levá-la à boca e saboreá-la. Depois de brincar, a espátula pode cair e, se isso ocorrer, é restituída pelo adulto. Uma nova brincadeira surge, agora de deixar a espátula cair e tê-la de volta graças ao cuidado do ambiente. Isso se repete até o bebê se cansar e abandonar a espátula. A experiência pôde chegar ao seu final, graças ao ambiente que a sustentou.

A experiência de incorporar, reter e se desfazer ou, dito de outra maneira, de ser atraído pelo objeto, mostrar interesse, hesitar, tomar para si, brincar e livrar-se do objeto, tem relação com os comportamentos do bebê nas relações com as pessoas e uso das coisas na realidade compartilhada. Nesse estágio, o bebê já é capaz de mostrar a compreensão, mesmo que inicial, de que existe um interior que é seu e coisas que vêm do exterior. Dessas coisas externas, embora não façam parte do bebê, ele poderá fazer uso e se enriquecer com elas ao serem incorporadas física e psiquicamente nas suas experiências.

A importância de desenvolver de modo completo a experiência tem valor de fundar e conservar o sentimento de confiança no outro, isto é, no mundo compartilhado, não só para quem está no início da vida como ao longo dela. São experiências dessa ordem que conduzem a criança ao ingresso na realidade compartilhada.

Como diz Winnicott (1941, p. 126),

> na situação-padrão, o bebê que está sendo observado oferece-me importantes indicações sobre o seu desenvolvimento emocional. [...] O bebê, quando tem essa possibilidade, percebe a si mesmo lidando simultaneamente com duas pessoas – sua mãe e eu. [...] Este passo no desenvolvimento do bebê, pelo qual ele se torna capaz de administrar um relacionamento com duas pessoas que lhe são importantes (o que fundamentalmente quer dizer com ambos os pais) ao mesmo tempo, é de grande importância, e até que ele seja dado não lhe será possível assumir satisfatoriamente o seu lugar na família ou no grupo social.

Safra (2004) nos diz que a possibilidade de convivência com os outros depende da hospitalidade de um outro que viabiliza o acesso à vida em comunidade. Esse acesso é o acolhimento do gesto criativo da pessoa que busca sentidos no gesto humano direcionado ao outro. O sentido só é construído no movimento do gesto acontecendo em direção ao outro que, como não eu, indica o limite daquele que realizou o gesto, possibilitando que a pessoa experimente a própria existência na situação entre outros.

Ao falar em criação, também recorro a Castoriadis (1999), que faz uma relação com a autonomia humana e aponta a criação como aspecto fundamental para a existência da singularidade de cada indivíduo. Há a emergência de formas próprias ao vivente que decorre

de sua capacidade de criação. As coisas exteriores são para o vivente na medida em que ele as seleciona, transforma e investe de sentidos. Isso é possível quando há autonomia na pessoa que é capaz de se modificar ao romper com o já existente; autonomia é a capacidade de agir deliberadamente e de modo explícito para modificar sua forma.

Acrescento e enfatizo a necessidade do outro para uma primeira apresentação das coisas externas ao vivente que o autor menciona, o que me faz voltar ao início desse escrito: a necessidade do encontro para que haja uma comunicação marcada pelo gesto criativo de um e seu reconhecimento pelo outro, em uma dança em que ora um cria ora outro, estabelecendo um instante de verdadeiro encontro entre as pessoas.

Compreender o ser humano a partir da criatividade, isto é, tomar o ato criativo como constituinte da pessoa, é posicionar-se diante da vida e do outro, tendo a concepção de viver em sociedade e de ter saúde a partir da crença e vivência de ser capaz de fazer. Poder fazer não como uma resposta à sociedade ou ao outro diante de nós, mas como um ato que vem do eu e vai na direção do outro para estabelecer uma comunicação, que é um registro reconhecido pelo eu e reconhecível na realidade para a qual foi dirigida. E a espera desse reconhecimento é a espera de ser visto, em seu gesto que é acolhido pelo outro como algo que vale a pena. Quando há esse reconhecimento, vem uma sensação, que é do campo da experiência, de estar vivo e ser visto.

Diz Safra (2004) que a questão do homem como ser criativo não é a da morte, mas o de não vir a alcançar a condição de ser o que é. É a ameaça do *não vir a ser* (grifo do autor). Winnicott (1963b) também se refere à morte, não ao aniquilamento, mas ao fato real da vida, como um acontecimento para os que estão vivos. Então a questão pela qual buscamos é a de nos sentirmos vivos.

De um lado, a criança que brinca destina seu gesto ao mundo para que alguém o acolha: “Do que a gente vai brincar hoje?” De outro, um rosto humano que testemunha e reconhece seu gesto criativo e dá possibilidades para o ingresso na cultura a partir do que lhe é singular em sua existência: “Vamos brincar de esconder?”

Mas, quando esse outro humano não está presente, sustentando no tempo e no espaço a experiência criativa da criança, o gesto dirigido ao outro não alcança seu destino, o gesto cai no vazio e no silêncio solitário. Outra situação é quando o movimento vem do ambiente de modo imprevisível, levando à reação por parte da criança. A repetição dessas experiências leva ao que Winnicott (1988a) diz sobre a constituição de um padrão de relacionamento que se baseia no silêncio ambiental ou no movimento do ambiente e não na descoberta pela criança do que existe fora dela. Nas duas situações há um fracasso do contato inicial. A

criança se retrai por não encontrar uma resposta ressonante do ambiente ao seu gesto. O gesto não reconhecido ou, continuamente, interrompido deixa de acontecer, mantém-se potencial, como algo guardado à espera de uma oportunidade para ser realizado.

Os efeitos da falha do ambiente, quando este não consegue levar o bebê a estabelecer o contato, de modo saudável, com a realidade compartilhada, evidenciam-se em uma situação mais próxima da sobrevivência do que da vivência. Não pretendo abordar a situação em que essa falha leva a um grau extremo de cisão na pessoa e que resulta em doença grave. Mas há casos menos intensos que revelam um funcionamento da pessoa que remete às falhas na adaptação do ambiente às necessidades no início da constituição desse indivíduo. Estou me referindo àquelas pessoas que sobrevivem, do ponto de vista da saúde física e do ponto de vista social. Isto é, para os que veem essas pessoas na realidade compartilhada, elas se encontram fisicamente bem cuidadas e sociáveis. No entanto, para elas pode haver uma sensação de um estado amorfo, sem a vivacidade que algum dia talvez tenham sentido e registrado em si de alguma forma.

Winnicott (1988b) traz o exemplo de dois tipos de artistas. Um deles, com extrema facilidade, retrata em sua obra um pedaço da realidade compartilhada com exatidão. Com técnica, essa obra, reconhecida por outros na realidade, pode ter sido resultado exclusivo de um movimento do falso *self*, mas pode também ter êxito na tentativa do verdadeiro *self* do artista conseguir expressar sua vivacidade em meio àquela impressão exata da realidade. Nesse caso, a obra é reconhecível e reconhecida por quem a fez. O outro artista realiza sua obra a partir de uma vivacidade própria repleta de significados pessoais que precisam também encontrar certa compreensão para os outros, caso contrário não terá lugar na realidade compartilhada. A tarefa desse artista é tornar inteligível sua obra sem uma plena traição a si mesmo. Nos dois casos a criação está presente, mas é preciso que o pessoal possa ser comunicável e reconhecido pelo outro na realidade compartilhada, fruto do esforço de integração dos dois *selves*.

A criatividade relaciona-se a uma maneira de o indivíduo estar na realidade compartilhada, de modo vivo e não como um sobrevivente. Como refere Winnicott (1971a), viver criativamente constitui um estado saudável.

A questão torna-se preocupante quando o fazer resulta somente de uma reação diante de um ambiente percebido como externo e apresentado ao indivíduo como algo dado sobre o qual ele sente que não tem nenhum poder de criação. A pessoa estabelece um relacionamento com a realidade compartilhada baseado na submissão, resultado do seu ajustamento em relação ao que existe no mundo (WINNICOTT, 1971a, 1988b). Outra situação é quando o

fazer é expresso de modo incomunicável a qualquer outro que pertença à realidade compartilhada. Nos dois casos a continuidade pessoal de existência está comprometida, apesar de haver sobrevida do ponto de vista fisiológico e até mesmo social.

Recorro ao pensamento de Winnicott acerca do brincar e o ingresso na realidade compartilhada, porque não me refiro a esse ingresso como um "fazer parte" de um contexto social, uma vez que "fazer parte" pode implicar em reconhecimento desse contexto acerca do ingressante, mas não necessariamente deste em relação ao primeiro. Muitas vezes, estar no contexto social não implica em uma participação nesse cenário a partir de um lugar e um fazer que sejam pessoais.

Volto-me para a população com a qual me preocupo neste trabalho: as crianças com deficiência. A criança que nasce com algum tipo de deficiência ou aquela que adquire ao longo de sua infância, vem ao mundo ou está, no início de conhecê-lo, em uma situação em que o ambiente social não se encontra preparado para enfrentar o estranhamento que essa situação implica.

Safra (1999, p. 36) afirma que "o terrível é emitir um som sem que ele jamais seja ecoado por outro ser humano, o que significa perder-se em espaços infinitos, aniquiladores de qualquer registro de vida psíquica".

Se a constituição do *self* da pessoa e sua maneira singular de ser aponta para determinadas formas sensoriais que tiveram um predomínio no início da vida, podemos pensar como essa constituição e as experiências sensoriais nela implicadas ocorrem quando há alterações físicas corporais? Em alguns casos, pode acontecer um desencontro em uma tentativa de encontro inicial do bebê com o ambiente?

Ritmo e tônus muscular no bebê podem, desde o início da vida, estar alterados em uma configuração corporal que traz significados sociais e culturais de anormalidade, isto é, aquilo que difere da maioria das pessoas e não é esperado. A deficiência como parte da singularidade do corpo de algumas crianças leva suas mães a se depararem com a necessidade de encontrar formas, muitas vezes, também "anormais" de aproximar-se fisicamente do filho, uma modificação das técnicas de cuidados maternos em função de um funcionamento corporal específico. "Comentários como 'ele era todo molinho', 'sempre levava susto, levava muito susto' refletem essa organização corporal desconhecida para a maioria das famílias" (TAKATORI, 2003, p. 76). Novas formas de carregar o bebê, muitas vezes, são ensinadas a essas mães para que seus filhos possam estar, de fato, nos braços maternos que irão realizar os cuidados constitutivos que todos necessitam.

Safra (1999) nos diz que “o corpo materno traz a presença de uma história e se faz doação para ser criado pelo bebê” (p. 46). O alcance do estado de devoção, necessário para a mãe se adaptar plenamente ao bebê no início de sua vida, não acontece para todas as mulheres, mas essa doação, apesar de um cenário inicial desconhecido e não esperado quando a criança tem alguma deficiência, foi observada nas histórias de muitas crianças atendidas por mim. No caso dessas crianças, houve momentos em que o potencial para a vida e a presença de alguém proporcionaram a elas o caminho da continuidade de existência e da saúde.

Muitas famílias compartilharam, e ainda o fazem, comigo a sua peregrinação em busca de tratamento e do melhor que poderiam oferecer de cuidado aos seus filhos, para atender necessidades geralmente não usuais para a maioria dos pais. Narrativas de longas jornadas em busca de respostas e alternativas para uma melhoria da situação de sofrimento vivida por todos da família me indicavam, por um lado, a necessidade de informação, esclarecimento e apoio para essa busca e, por outro, evidenciavam o movimento e investimento apesar da incerteza que os acompanhavam. Penso: o que desperta em nós ao presenciarmos essas narrativas de expectativa e incansável busca?

Já vivenciei situações em que uma enorme dor me invadia diante do que ouvia e via. Essa dor não me destituía da capacidade de manter-me diante do outro, mas me colocava próxima, também não mais que isso, do sofrimento alheio e essa proximidade ampliava o espaço de confiança construído desde o momento do estabelecimento do “contrato” entre mim e a família acerca do atendimento que seria oferecido à criança.

Esse espaço de confiança só é construído se houver no ouvinte uma atenção àquilo que está sendo colocado, no sentido de ser afetado pelo sofrimento narrado pelo outro. Se por um lado sou tocada pela história contada por outro, penso que enquanto houver o que contar é porque há nessas famílias um investimento que indica um movimento vital que viabiliza cuidados, e não somente de ordem técnica, capazes de favorecer o ingresso desses bebês à realidade compartilhada, em uma trajetória difícil, mas, surpreendentemente, possível.

Esse movimento incansável, extenuante até para quem está de fora da situação, associo ao do personagem principal de *O castelo* de Kafka (1922, p. 30):

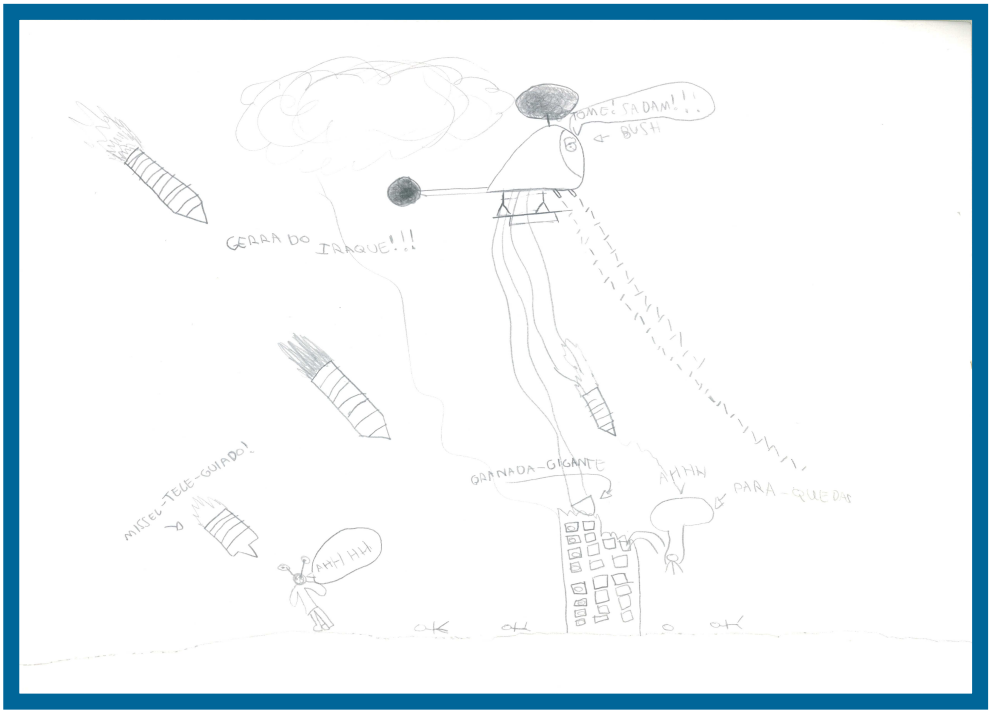
> O castelo lá em cima, já curiosamente escuro, que K. havia esperado alcançar ainda naquele dia, distanciava-se outra vez. Mas, como se ainda fosse preciso dar um sinal para a despedida provisória, ali soou um toque de sino alado e alegre, que pelo menos por um momento fez seu coração estremecer, como se o ameaçasse – pois o toque era também doloroso – a realidade daquilo a que incertamente aspirava.

Walter Benjamin, em 1934, traz na análise dessa obra a ideia de que as autoridades que esmagam K. não são nem forças obscuras nem algo ligado às divindades, mas representam a burocracia triunfante de nossos tempos. Há outros que apontam para o vaivém compulsivo de K. como a impossibilidade de o homem de hoje alcançar a verdade. Como aponta Carone (2001), no posfácio dessa obra, há várias interpretações de *O castelo* e, para ele, nenhum posfácio conseguiria abordar essa diversidade; afirma ainda que a instância mais indicada é a experiência concreta do leitor. Nesse sentido, exponho uma ideia, muito particular, que me acompanhou durante a leitura dessa obra. Vendo as dificuldades enfrentadas pelo personagem principal, a sensação é a de um caminhar pesado, mas contínuo, movido pela busca de chegar ao castelo e de um encontro que confirme que ele é o agrimensor. Esse caminhar vem acompanhado da ideia de movimento em direção a, o que me faz pensar no movimento da vida, na descoberta de formas, como diz Winnicott (1970), de lidar com a afronta que é o princípio da realidade.

Talvez pudesse ser assim ou de outras tantas maneiras, descobertas em um trajeto muito particular de cada pessoa: brinco ou danço porque isso me faz sentir viva. Sou vista e me vejo a partir de uma atividade que alimenta não somente meu corpo, que se mantém ativo e em movimento, mas minha alma. Esse é um momento de relaxamento e de criação na terceira área da vida, a da brincadeira, que continua também através da vida cultural e que torna os caminhos do viver na realidade compartilhada mais brandos e coloridos para serem trilhados, a partir de um tom pessoal, com a fluidez necessária de um cotidiano próprio.

E na situação quando, à afronta, é acrescentada a presença da diferença, determinada socialmente, muitas vezes visível no corpo desse indivíduo em constituição? Quão árdua pode ser a jornada no ingresso à realidade compartilhada? Todos almejam ser vistos.

Atendi um menino de 10 anos na terapia ocupacional durante o período de sua internação no hospital e após alta. Vivenciou comigo algumas atividades como: brincar com jogos de regras, decorar peças em madeira e de isopor com mosaico, realizar o autocuidado, passear pelo hospital, ler revistas, fazer gravura em relevo, fazer exercícios de alongamento e desenhar.



4 TAMBÉM QUERO BRINCAR: A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

O caminho pelo qual optei para esclarecer como penso sobre a criança que tem deficiência traz a necessidade de falar do início quando os pais, aqueles que já pensavam no bebê antes de sua concepção ou aqueles que passaram a pensá-lo a partir da confirmação do fato, faziam toda tentativa de "espantar" de seus pensamentos a ideia de nascer uma criança com problemas, entre eles a deficiência.

"'Se tudo correr bem', frase esperançosa que, frequentemente, esconde todas as possibilidades de deficiência e incapacidade" ou "agora, que eu passei do meu terceiro mês, me sinto mais segura" (SINASON, 1993, p. 22), que aponta para o temor de não alcançar a vitória de uma gestação completa, são exemplos comuns no discurso ou pensamento das pessoas durante a gestação.

Apesar de os temores existirem, o casal ou, em alguns casos, a mulher é invadida pela esperança, sonhos, projetos, imaginação e expectativas sobre aquele ser que se anuncia. Mesmo quando existe um casal, coloco a mulher em um lugar diferenciado, uma vez que o planejamento e a gestação de um filho envolvem o homem e a mulher de modos diferentes. A mulher é submetida aos diversos procedimentos e durante os nove meses de gestação vivencia uma mudança concreta e visível em sua vida, a começar pelas modificações corporais. Isso não implica em importância maior de um ou outro. Um filho, na maioria das vezes, é fruto do investimento de duas pessoas.

Esse caminho para mim tem sua importância por considerar que, desde o nascimento, a pessoa vivencia experiências significativas que, embora não possa afirmar como sendo causas originárias de uma forma de ser e fazer posteriormente tomada pelo indivíduo diante das diversas situações, são, em parte, armazenadas nas memórias que permanecem em algum lugar dentro das pessoas e estão presentes no dia a dia ao longo de suas vidas.

De acordo com essa consideração, é possível crer que o nascimento marcado por intercorrências, como um parto demorado ou antecipado, a diminuição da oxigenação antes e/ou durante o parto, entre outros exemplos, deixa registros sensoriais que participam de alguma maneira na constituição da pessoa. Mas, antes de dizer sobre o nascimento como um acontecimento permeado por fatos inesperados, volto-me àquele no qual a experiência é saudável e se desdobra dentro daquilo que foi esperado pelo médico e pela família.

Para dizer desse começo, recorro a Winnicott que, em diversos momentos de sua construção teórica (1949a, 1988b, 1988c), aborda a experiência do nascimento e suas implicações para o desenvolvimento emocional do indivíduo, que já tem seu início em algum momento anterior à sua própria chegada ao mundo compartilhado.

Para a compreensão do que acontece tanto imediatamente antes quanto depois do nascimento, o autor se refere à unidade original composta pelo ambiente e indivíduo e utiliza uma analogia, feita por uma de suas pacientes, para explicar a condição do bebê desde os estágios iniciais. É como se a vivência de experiências, que para ele já acontece um pouco antes do nascimento, pudesse ser representada pelo mecanismo de pressões entre dois envoltórios: uma bolha externa, que corresponde ao ambiente, e uma outra interna, que seria o bebê.

> A paciente disse: 'No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão externa adapta-se ativamente à pressão interna, o elemento central da situação será a bolha, ou seja, o eu do bebê. Mas se a pressão do ambiente for maior ou menor que a do interior da bolha, então a bolha não será o elemento principal, e sim o ambiente. A bolha adapta-se à pressão externa' (WINNICOTT, 1949a, p. 264).

Quando o conjunto se encontra em um estado de quietude, ou seja, a pressão da bolha externa está adaptada à pressão da bolha interna, isso indica que o bebê está seguindo em sua existência. Essa descrição situacional me leva a pensar no bebê que se encontra no útero materno envolvido em uma quietude significativa para suas experiências sensoriais e no bebê que está sustentado pelos braços da mãe ou de alguém que cuida dele e, em uma espécie de silêncio ambiental, lhe dá tempo para conhecer a si próprio e viver (e, posteriormente, descobrir) o que o envolve e sustenta. A descoberta do ambiente é uma segunda configuração desse conjunto que ocorre quando o bebê vai ao seu encontro, inicialmente, ao acaso. O bebê, ao se mexer e encontrar as paredes do útero ou ao estender seu braço em um movimento, ainda sem muito controle, e tocar o corpo de quem o carrega, descobre, gradualmente e de modo saudável, a existência de si e do mundo. É um longo percurso para essa descoberta que, inicialmente, é preenchido por sensações e vivências de ser o criador para depois ser o descobridor.

O autor ainda nos fala de uma terceira configuração em que o ambiente realiza um movimento na direção do bebê, caracterizando como uma intrusão, uma vez que interrompe o seguir existindo do bebê. A reação desse é retornar ao isolamento, na procura da quietude descrita na primeira situação, como uma forma de se recuperar de um acontecimento que não faz parte de si.

Ao viver a experiência do nascimento, o bebê já passou, diversas vezes, por essas três situações que imprimiram registros, sob a forma de memórias corporais e da capacidade de organização para se defender da interrupção da continuidade de ser diante das intrusões ambientais. A importância disso está no fato de o bebê estar preparado, ou não, para viver o momento do nascimento, que também se caracteriza como uma intrusão do ambiente, mas da qual, se tudo correr bem, o bebê se recupera.

O "correr bem" refere-se não somente à capacidade do bebê na situação intrauterina de enfrentar o nascimento, como também ao processo do parto, propriamente dito. Isto é, presume-se que esse parto aconteça no momento em que o bebê está preparado para nascer, sem haver atrasos ou adiantamentos, e ocorra sem a necessidade de equipamentos ou manobras de risco. Winnicott (1988c) diz que, do ponto de vista do bebê, o nascimento acontece devido ao impulso proveniente do bebê, relacionado com sua vivência do estar vivo, que o levará às mudanças e progressão físicas.

Compreender o desenvolvimento inicial do ser humano como o resultado de um encontro entre aquilo que o ambiente externo oferece, em termos de situações favoráveis ou não para o bebê viver e acumular memórias dessas experiências pessoais e desenvolver a capacidade de recuperar-se das reações contra a intrusão, e a tendência hereditária de cada um, leva a crer que essas experiências iniciais se associam àquilo que é herdado e colocam cada indivíduo em constituição em um determinado início para a vida. É um ponto teórico do qual não são todos que compartilham. Como alerta Winnicott (1988c, p. 172),

> os que não acreditam que haja um ser humano presente nesta etapa tão precoce, não terão alternativa a não ser aceitar o argumento do fator constitucional, já que não há dúvidas de que alguns bebês são muito 'difíceis' desde o começo.

O nascimento saudável se traduz, para o bebê, em um período temporário de reação frente à intrusão ambiental, mas como se trata de algo que ele já vivenciou e, portanto, sabe como se recuperar dessa situação, é uma questão de tempo para que o bebê volte ao seu estado de ser que foi temporariamente interrompido.

Quando o nascimento não acontece no momento certo, quando o bebê e a mãe não se encontram preparados para viverem, de modo saudável e distinto, essa experiência, podemos estar diante de uma situação caracterizada como um trauma. Aqui cabem, a meu ver, o nascimento prematuro ou tardio, com uso de fórceps e outras situações não esperadas por ninguém, nem pela mãe, nem pelo bebê ou pela equipe de profissionais.

Nessa situação traumática, o ambiente predomina sobre o bebê por um longo período de tempo, para além do que o bebê pode suportar, durante o qual ele tem que permanecer

reagindo. “[...] um parto difícil vai muito além de qualquer experiência pré-natal de intrusão provocadora de reações” (WINNICOTT, 1949a, p. 266). O retorno ao estado de coisas, em que o ser pode retomar sua existência, demora a se efetivar tanto quanto é o tempo da intrusão ambiental.

O “não ser” pode se traduzir em vivências de desamparo, ruptura abrupta, adiamento ou espera infinita, ataques permeados pela dor física, vivências que o bebê ainda não tem condições de compreender intelectualmente, mas experimenta, precocemente, situações de perda do sentimento de continuidade da existência pessoal. Como refere Winnicott (1949a, p. 265):

> Isso provoca um sentimento extremo de insegurança, e situa-se na base da expectativa de novos exemplos de perda da continuidade do ser, e mesmo de uma desesperança congênita (embora não herdada) quanto à possibilidade de alcançar uma vida pessoal.

Para o trabalho clínico na terapia ocupacional, penso que a compreensão da experiência do nascimento, tanto aquela que ocorreu dentro do esperado como aquela que fugiu dos planos de todos, é importante para evidenciar que essas experiências tomam certos sentidos e deixam registros na história pessoal do paciente. Quando acontecem intercorrências, no nascimento ou outras no início da vida da criança, o terapeuta ocupacional pode fazer uso dessa história na compreensão acerca do paciente e da realização de suas atividades.

Dessa forma, além de falar do início, isto é, sobre a experiência do nascimento, para continuar a apresentação da temática da criança com deficiência, pretendo dizer sobre um aspecto importante que dá sentido e conduz o processo terapêutico na terapia ocupacional: não brincar ou ter dificuldades para brincar. De um lado, a criança que diz: “também quero brincar”, de outro, os pais que dizem: “eu quero que meu filho brinque” ou “eu queria que meu filho pegasse e se interessasse por brinquedos”.

Quando a criança e os pais dizem essas coisas, vejo que alguns não estão falando somente dos aspectos de ordem corporal e física, que podem dificultar a criança vivenciar a experiência de brincar, mas falam da esperança que o filho melhore no seu desenvolvimento, da possibilidade de o filho estar com outras crianças e do desejo de que ele possa ser como outras crianças ao se referirem a essa atividade central da infância. Do lado dos pais, geralmente, estão se referindo ao brincar com o sentido de brincadeira, usando ou não o suporte de brinquedos e, do meu lado, acrescento a compreensão do brincar como possibilidade de criar e dirigir o próprio gesto, reconhecível, à realidade compartilhada. No

entanto, muitas vezes, pais e profissionais reivindicam e associam esse pedido aprisionando-o à melhora das dificuldades motoras da criança.

A ideia da busca pelo desenvolvimento pode se reduzir ao desenvolvimento de habilidades e capacidades motoras, como se o fato de não pegar, não sentir ou não enxergar os brinquedos pudessem ser as únicas causas de a criança não brincar. Essa associação decorre de uma compreensão, outrora hegemônica, mas ainda muito presente nos dias atuais, da saúde como ausência de doença e da possibilidade de fazer atividades decorrente da ausência de sintomas, da diminuição das incapacidades sensório-motoras e cognitivas ou da restauração das capacidades.

A história nos mostra que, nos anos 60 do século passado, o prisma do modelo médico foi utilizado também na consideração das pessoas com deficiência, vistas a partir de suas dificuldades como casos patológicos, que requerem diagnóstico e um tratamento centrado sobre o *déficit*. A redução da situação da pessoa que tem alguma deficiência à dimensão orgânica leva a não dar atenção às implicações de outras ordens, como as dimensões social e psíquica, que dessa situação decorrem. Há uma encruzilhada onde a doença ou a diferença física se encontra com as normas sociais. Ter uma deficiência é uma situação não somente da ordem do corpo e de suas funções, mas uma situação social (PLAISANCE, 1984). Portanto, não brincar ou ter dificuldades para brincar é o resultado de múltiplos fatores que estão imbricados na situação da criança e sua família pelo fato de o filho ter algum tipo de deficiência.

Com relação a essa discussão, Amaral (1995) acrescenta, indicando dois conceitos importantes para a leitura da questão da deficiência e de como a pessoa com deficiência é vista no contexto social, cultural, político e econômico: deficiência primária e deficiência secundária. O primeiro refere-se à alteração da estrutura ou função e suas consequências à pessoa em relação às restrições funcionais e perda de atividade; remete à limitação em si. O segundo refere-se não diretamente à alteração ou diferença em si, mas à leitura social que é feita acerca da pessoa que é vista como diferente.

Esse segundo conceito é fundamental para que não haja uma redução na compreensão da questão da deficiência como um aspecto da pessoa e equívocos, ao pensar que a situação que essa pessoa vive, com restrições de oportunidades e experiências, dificuldades nas relações interpessoais, diminuição ou ausência de autonomia, entre outros fatores, decorre da deficiência localizada no corpo. Justificar pela deficiência a situação vivida pela pessoa que a tem, é negar as significações sociais, culturais, emocionais, econômicas que são atribuídas àqueles que têm a diferença, não aceita socialmente, no corpo,

nas ações ou nos comportamentos. Como essa diferença é considerada na visão das pessoas que não têm esse tipo de diferença? Com quais lentes ideológicas a sociedade vê a pessoa que tem deficiência?

A deficiência física é uma das formas na qual as diferenças humanas se explicitam. Embora não seja o foco deste trabalho, vale a pena lembrar que existem outras diferenças comunicadas através do corpo, como no caso da obesidade, nem sempre tão mórbida do ponto de vista médico quanto do ponto de vista social, exemplo de como a diferença é considerada na rede de relações interpessoais por meio de informações sociais que dizem respeito ao indivíduo.

Goffman (1982) explica que o estigma foi um termo criado pelos gregos para se referir aos sinais corporais que significavam algo de extraordinário ou mau acerca do *status* moral de quem os apresentava; eram marcas corporais que indicavam que a pessoa devia ser evitada. Adiante na história, na Era Cristã, duas outras situações foram acrescentadas sob a designação de estigma: sinais corporais na pele, relativos à graça divina, e sinais corporais indicativos, do ponto de vista médico, de distúrbios físicos. Nessa discussão, o autor esclarece que a identidade social, termo mais adequado do que *status* social, é o conjunto de atributos que identificam a pessoa como pertencente à dada categoria social, portanto, espera-se que ela faça parte de um certo grupo de pessoas que têm os mesmos atributos e, com maior probabilidade, seja encontrada em determinado ambiente social. A essa identidade social, que determina os encontros sociais sem precisar de atenção à particularidade, associam-se expectativas normativas, exigências do que a pessoa deveria ser e fazer, segundo essa leitura social.

Aquilo que é esperado da pessoa está contido no que o autor denominou de identidade social virtual que imprime um estereótipo às pessoas. Essa imagem tridimensional e funcional que é atribuída à pessoa, geralmente, não corresponde àquilo que, de fato, ela é, expresso na identidade social real. O efeito de descrédito, sofrido pela pessoa, é tão maior quanto for a distância entre essas duas expressões da identidade e o estigma não é, esclarece o autor, a marca em si, o atributo que a pessoa tem, mas refere-se à relação entre esse atributo e o estereótipo. O(s) atributo(s) pode(m) ser uma característica evidente, o que coloca a pessoa na condição de desacreditada, ou pode não ser imediatamente perceptível, o que leva a pessoa ao lugar do desacreditável (GOFFMAN, 1982).

As crianças com deficiência, em especial as de ordem física, encontram-se no grupo de pessoas desacreditadas. A aparência física diferente, os movimentos do corpo não usuais, a comunicação verbal expressa por sons incompreensíveis são exemplos de características que

podem, facilmente, até por sua visibilidade, desviar ou absorver toda a atenção do outro para aquilo que é o não esperado e explicitamente diferente, não restando olhar para outros atributos que ela possa ter. Às vezes, não raras, os atributos relativos ao estigma parecem fábricas de outras características que não são da pessoa, muitas vezes, com ampliação irreal das dificuldades a partir daquela que realmente a pessoa tem.

Recorro a uma situação que presenciei há alguns anos, quando um jovem conhecido meu foi abordado por outra pessoa de modo a infantilizá-lo, no tom e na forma de sua pergunta. Penso que se trata de um exemplo do que Goffman (1982) nos explicita acerca do desacreditado e da identidade social virtual. A cena foi de um jovem adulto com deficiência em situação social, um passeio ao ar livre, e a abordagem feita pela outra pessoa, também jovem, decorreu da observação de suas dificuldades motoras. O jovem usava cadeira de rodas e necessitava de alguém para se locomover, sua fala era bastante difícil de compreender em um primeiro momento e tinha, a todo instante, movimentos denominados, do ponto de vista neurológico, de involuntários. Das dificuldades motoras se desprendeu a ideia de que ele tivesse um comprometimento intelectual, o que justificaria para a jovem que o abordou, a aproximação tal qual se faz com crianças. Aparece aqui outro desdobramento desse tipo de raciocínio: a consideração de que as pessoas que têm dificuldades cognitivas são e agem como crianças, como se o desenvolvimento dessas pessoas fosse até essa fase e houvesse uma pausa definitiva.

Ver a pessoa em sua totalidade a partir de um determinado aspecto, aparece também em Plaisance (1984, p. 111) que diz:

> classificar um indivíduo numa categoria de deficiência ou de inadaptação é sempre correr o risco de reduzi-lo a uma falta ou a um déficit, de esvaziá-lo do que é sua personalidade própria, sobretudo, de perpetuar suas dificuldades, reservando-lhe uma espécie de destino fixado *a priori*.

E como esse destino pode ser sentido pela pessoa? E pela sua família?

A criança que nasce com uma deficiência ou passa a ter durante a infância, em decorrência de doença ou acidente, necessita ser “vista” considerando a realidade dolorosa que acompanha esse acontecimento em uma família.

Ter uma criança com deficiência na família marca uma profunda mudança na própria identidade da família que, desde o século XVII, passou a se organizar não mais em função somente da perpetuação de um patrimônio, mas das preocupações familiares em torno da criança e seu futuro (ARIÈS, 1978). Ora, se a criança tem uma deficiência e seu futuro não é mais aquele esperado ou conhecido pela família, como se darão as expectativas para um

futuro que não é mais aquele que ordenava o funcionamento familiar? Um tempo faz-se necessário para a reorganização no interior dessa família. Outras vezes, para o pai ou mãe e, na situação mais extrema, para ambos, talvez não haja nenhum tempo suficiente para dar conta do enfrentamento que essa situação convoca.

Esse tempo e espaço, favorecedores para que os pais e o entorno social da criança possam compreender o que aconteceu e estabelecer caminhos para lidar com essa desconhecida situação, muitas vezes, não são proporcionados pelos profissionais de saúde, apesar dos avanços nas discussões sobre as ações de cuidado e a humanização dos procedimentos técnicos direcionados àqueles que deles necessitam.

Voltando a Goffman (1982), a pessoa estigmatizada tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que todos têm. Ela vê e identifica quem são as pessoas de uma categoria social, na qual ela se acha incluída ou excluída, por exemplo: “sou um menino de 8 anos de idade, mas não vou para a escola como as crianças da minha idade”. Os padrões sociais também foram e são incorporados por essa pessoa, que tem um estranhamento de si mesma tal qual seus pares e pessoas do entorno. Isso pode levar alguns a concordarem, de certa forma, com o lugar de menos valia no qual se encontram em relação aos seus pares ou com a busca de minimizar suas dificuldades desenvolvendo habilidades que os aproximem daqueles considerados normais.

É o que aconteceu, por alguns momentos, com Raimundo, em *A terra dos meninos pelados* de Graciliano Ramos (1937). O menino parecia aceitar e concordar com os apelidos que lhe foram dados:

> Havia um menino diferente dos outros meninos: tinha o olho direito preto, o esquerdo azul e a cabeça pelada. Os vizinhos mangavam dele e gritavam:
> - Ó pelado!
> Tanto gritaram que ele se acostumou, achou o apelido certo, deu para se assinar a carvão, nas paredes: Dr. Raimundo Pelado. Era de bom gênio e não se zangava; mas os garotos dos arredores fugiam ao vê-lo, escondiam-se por detrás das árvores da rua, mudavam a voz e perguntavam que fim tinham levado os cabelos dele. Raimundo entristecia e fechava o olho direito. Quando o aperreavam demais, aborrecia-se, fechava o olho esquerdo. E a cara ficava toda escura.
> Não tendo com quem entender-se, Raimundo Pelado falava só, e os outros pensavam que ele estava malucando.
> Estava nada! Conversava sozinho e desenhava na calçada coisas maravilhosas do país de Tatipirun, onde não há cabelos e as pessoas têm um olho preto e outro azul (p. 8).

Outros, porém, podem reivindicar um lugar onde possam ser o que são.

Recordo-me de uma situação da clínica: um jovem adolescente me disse, textualmente, que gostaria de ir à escola sozinho tal qual seus colegas e que não queria “ser

especial". Esse jovem com dificuldades cognitivas, categorizado, social e tecnicamente, como deficiente intelectual, trouxe ao atendimento a questão do seu desejo: falou do querer sair sozinho e não depender dos pais. Entre tantos outros questionamentos que nossos pacientes nos provocam, esse adolescente também trouxe à tona a discussão sobre a nomenclatura utilizada para se referir às pessoas com deficiência: "pessoas portadoras de necessidades especiais". Ele reivindica ser visto tal qual é e não sob a insígnia de "ser especial".

A palavra "portador" se refere "àquele que porta ou conduz, ou traz consigo ou em si" e, por sua vez, o verbo portar traz a ideia de "carregar consigo, levar e conduzir", entre outras (FERREIRA, 1986). A ideia daquele que porta parece ter ênfase no movimento e na ação e, portanto, parece-me distante da realidade que o termo teria como função expressar. Mas, a referência do "trazer consigo ou em si", talvez possa corresponder ao fato de a pessoa trazer em si o que é denominado de deficiência ou necessidades relacionadas a ela. Mesmo assim, prefiro não usar a palavra "portador". Refiro-me às pessoas que têm deficiência ou pessoas com deficiência.

Quanto à palavra "especial", sabemos que tem sido usada na mídia e nos espaços de produção de conhecimento para se referir às pessoas que têm algum tipo de deficiência e, portanto, suas necessidades seriam especiais. Especiais por serem diferentes da maioria das pessoas? Não cabe aqui uma discussão sobre as origens do uso desse termo associado às pessoas com deficiência, mas coloco somente minha opinião e escolha, pautada nos meus conhecimentos vindos do convívio, na clínica, com as pessoas que têm deficiência e suas famílias: ter necessidades especiais, para mim, refere-se à particularidade dessas necessidades em relação à pessoa que as tem, portanto, minhas necessidades são especiais para mim e desejo que elas sejam assim vistas pelas pessoas que me são próximas. Assim como as suas necessidades são especiais porque são suas. Quero dizer que, circunscrever a expressão "necessidades especiais" às pessoas com deficiência parece evidenciar a diferença delas em relação à maioria, reforçando um posicionamento diante dessas pessoas permeado de preconceitos.

Outra discussão conceitual que considero importante é aquela trazida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o documento publicado em 2001, intitulado *Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde* (CIF) (2004). Esse documento foi o resultado das revisões de sua versão inicial, *Classificação Internacional das*

Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação relacionado às conseqüências da doença (ICHD-I), elaborado em 1980[1].

Com o mesmo objetivo do documento ICIDH-I, que marca o início desta discussão conceitual, de estabelecer uma linguagem unificada e padronizada, a CIF também propõe uma estrutura que descreve a saúde e os estados relacionados com a saúde. Aponta para a necessidade de enfatizar os fatores ambientais presentes no contexto onde o indivíduo vive e seu impacto sobre as funcionalidades e incapacidades do indivíduo. A revisão marca uma discussão que desloca a ênfase na classificação das consequências das doenças para os componentes de saúde, o que implica em uma compreensão da saúde sob o ponto de vista de seus aspectos saudáveis constituintes. "A CIF não classifica pessoas, mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde [...] dentro do contexto dos fatores ambientais e pessoais" (CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, 2003, p. 20).

A CIF apresenta duas partes, cada qual subdividida em outras duas: a primeira refere-se aos "Componentes da Funcionalidade e Incapacidade", na qual se inserem as "Funções e Estruturas do Corpo" (funções fisiológicas dos sistemas do corpo e partes anatômicas) e "Atividades e Participação" (entendidas, respectivamente, como a capacidade de o indivíduo em executar uma tarefa ou realizar uma ação e o envolvimento em situações de vida diária). E a segunda parte diz respeito aos "Componentes dos Fatores Contextuais", que englobam os "Fatores Ambientais" (contexto físico, social e de atitude no qual o indivíduo vive) e os "Fatores Pessoais" (histórico da vida do indivíduo e características pessoais que interferem na forma de conduzir a própria vida). Este último conjunto de fatores, pessoais, foi incluído na CIF devido ao impacto que provoca sobre o resultado das intervenções e da própria condição de saúde, embora não seja classificado e descrito em categorias.

A funcionalidade é um termo que abrange os conceitos de função e estrutura do corpo, atividades e participação e a incapacidade abrange as alterações corporais, limitações das atividades e restrição na participação. São termos discutidos de modo dinâmico e inter-relacionados com os fatores pessoais e ambientais, resultando em uma determinada leitura da condição de saúde do indivíduo ou de uma dada população.

---

[1] Os títulos originais dos documentos da *World Health Organization* (2003) são: *International classification of functioning, disability and health* – ICF - e sua versão inicial, *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease* - ICIDH-1. Segundo Amaral (1995), o termo *handicap* foi traduzido, oficialmente para o português, como desvantagem.

A partir dos componentes e suas definições apresentadas nesse documento, compreendo que a criança que tem deficiência física apresenta funções ou estruturas do corpo alteradas, podendo estabelecer algumas incapacidades. Esta criança pode apresentar dificuldades na realização de suas atividades, levando-a à limitação das atividades e restrições de participação social. Embora esse trabalho trate de pessoas, crianças, com deficiência física, é necessário deixar claro que a CIF não se refere somente às pessoas com incapacidades, ela se aplica a todas as pessoas (CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, 2003).

A nomenclatura utilizada neste documento da OMS chama a atenção devido à proximidade de seus termos com aqueles utilizados na terapia ocupacional, isto é, atividades e participação social, e propõe uma forma de compreender saúde a partir do que se apresenta na pessoa (ou comunidade) como saudável.

No entanto, se nos aprofundarmos na compreensão desses termos, é interessante ressaltar que a "atividade" é colocada como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Quanto à "participação", é descrita na CIF como o envolvimento em situações de vida diária, considerando algumas propostas de definição para o termo "envolvimento", como tomar parte, ser incluído ou participar em uma área da vida, ser aceito, ou ter acesso aos recursos necessários. Apesar da proximidade dos termos, quando analisamos suas definições, surgem alguns questionamentos. Por exemplo, quando se associa a participação ao envolvimento e este com o "ser aceito", penso que ser aceito pode implicar em adaptação do indivíduo ao que esperam dele e dessa forma participar de alguma circunstância que, nesse sentido, pode ser vista como um ato de reação social ao ambiente, mas não um gesto pessoal. Quero dizer que quando penso em ser aceito, ou melhor, ser reconhecido pela realidade compartilhada, eu estou também considerando que o indivíduo precisa se reconhecer no que faz ou na circunstância da qual participa, o que significa participar a partir do que o indivíduo é**.**

A mesma questão surge em relação à atividade. Tanto para as atividades quanto para a participação a CIF propõe o uso de dois qualificadores: de desempenho e de capacidade. O "desempenho" refere-se ao que o indivíduo faz no seu ambiente habitual, real e atual. E "capacidade" é a habilidade de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação, considerando um ambiente "padronizado" ou uniforme, neutralizando o impacto do ambiente sobre a capacidade do indivíduo.

> A diferença entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos dos ambientes atual e uniforme, proporcionando assim uma orientação

> útil sobre o que pode ser feito no ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho (CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, 2003, p. 26).

Aqui me vem a ideia de que o fazer do indivíduo parece depender somente de características ambientais, de modo que se o ambiente for modificado, isso poderá melhorar o desempenho do indivíduo.

Acredito ser importante reconhecer que a proximidade das palavras utilizadas na CIF e nas produções de terapeutas ocupacionais indica que, de certa forma, estamos, na terapia ocupacional, em um campo de discussões concernentes com o que vem sendo refletido e construído por profissionais da saúde em diferentes realidades culturais, políticas e econômicas. No entanto, em relação a este trabalho, não tomarei a compreensão de atividades e participação tais quais apresentadas neste documento da OMS.

Tampouco será participação social articulada aqui às questões de políticas de saúde pública, legislação e garantia dos direitos das pessoas com deficiência e da história percorrida pela discussão dos significados dos termos integração e inclusão social, embora fundamentais, mas exigentes de ampliação do estudo que escolhi não fazer nesse momento.

A opção pelo termo participação neste trabalho é porque traz, a meu ver, a ideia de poder fazer parte e ser visto como parte de situações sociais. Articulo participação social com a ideia de saúde que é expressa na existência pessoal e relacionada com a da sociedade. Viver experiências na área cultural está intimamente ligado à questão da saúde e a criatividade ao sentimento de existência.

Penso que quando a criança com deficiência quer brincar, ela quer participar do que está acontecendo ao seu redor. Essa participação social depende de como a família favorece a experimentação da criança diante das coisas que o mundo pode lhe oferecer, da acessibilidade geográfica e física dos locais e objetos envolvidos nas atividades, sobretudo da acessibilidade social que pode ser compreendida como a abertura que o ambiente oferece para que o gesto dessa criança possa acontecer e ser reconhecido.

Winnicott (1963a) diz que cada ser humano precisa percorrer a jornada da dependência no sentido da independência, aqui vista não de modo absoluto, pois o ser humano e o ambiente são sempre interdependentes. Associo a expressão participação social com experiências que, gradualmente, colocam o ser humano em contato com outros seres humanos e, tal qual diz o autor, torna-se capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades, por ver aí, aquilo que já está presente dentro de si.

Do ponto de vista teórico isso está claro para mim, mas ressalvo que nós, profissionais da saúde, fazemos parte do mesmo contexto social que exclui aqueles que são socialmente diferentes. Como não reproduzir cenas de exclusão ou não ver a pessoa pelo que ela não é, como se a diferença expressa de modo explícito no corpo e/ou nas ações cegasse o interlocutor?

Martins (1996) faz referência à cegueira que pode acometer os olhos do observador que se coloca diante do fenômeno observado a partir de estereótipos, um olhar denominado em forma. Essa autora fala da necessidade de desenvolver um olhar, estudioso, sensível e pensante, diante da realidade observada, a partir de uma postura de aprendiz que se observa em sua própria história e reconhece o próprio ritmo para, então, poder olhar o outro na complexidade social das situações nas quais se encontra.

Compreendo que estar diante do outro, no caso famílias e crianças com suas histórias, requer uma presença atenta para haver proximidade e confiança. Coloco a palavra atenção como um posicionamento humano diante de outra pessoa que nos conta, através de suas atividades, sobre seu sofrimento e dificuldades, enfrentadas, muitas vezes, desde o início ao se deparar, de modo conturbado, com uma realidade externa da qual nem sabia da existência.

Estar atenta não significa somente voltar minha atenção àquilo que já sei teoricamente ou manter atenção para o que acontece durante as sessões de atendimento para garantir um registro mais fidedigno, apesar do tempo decorrido. Esse seria o sentido de aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa (FERREIRA, 1986). Estar atenta também tem relação com o estar presente diante do outro, como diz outra acepção encontrada em Ferreira (1986, p. 191, grifo nosso): *"ato ou palavra(s) que demonstra(m) consideração, amabilidade, urbanidade, cortesia ou devoção a ou para com alguém"*. É perceber que aquilo que sei na teoria faz sentido e me auxilia compreender o que percebo do paciente em seu fazer, vindo dos diversos caminhos sensoriais, da visão, tato, audição, olfato, e não somente através de uma análise intelectual, mas, sobretudo, pelo que me afeta ao saber o que ocorreu ou pode ocorrer com uma pessoa.

Se, por um lado, a formação profissional é sustentada pelo conhecimento teórico responsável, em parte, pelo aprendizado e desenvolvimento da capacidade de cuidar, por outro, a aproximação daquele que requer cuidados, se dá também pelo que é reconhecido como humano: o sofrimento, o sentimento de não pertença, as experiências de exclusão, a fragilidade humana e a capacidade de viver e, de modo criativo, buscar caminhos mesmo quando pensamos que não há mais saída. São situações que não são exclusivas do outro, alvo

de atenção dos cuidados profissionais. Quem realiza os cuidados e tem o conhecimento teórico que embasa essas ações, também viveu e vive situações humanas de tal ordem. Mas é preciso reconhecê-las.

> [...] nossa percepção do outro não é possível senão sob essa condição em que o outro suscita em nós ao mesmo tempo o reconhecimento imediato do seu defeito – quando precisamente ele sofre por mascarar esse defeito – e a possibilidade para nós de ajudá-lo a fazer alguma coisa sobre o problema (FÉDIDA, 1984, p. 142).

Ampliando a discussão da deficiência no contexto da sociedade, Fédida (1984) também ressalta a importância de olhar para as realidades contextuais nas quais as pessoas com variadas formas de deficiência, sensorial, intelectual, motora, têm suas existências. Não negar a deficiência é reconhecer as deficiências econômicas e socioculturais que existem na realidade e interferem nas formas de viver das pessoas.

Quando a criança diz "também quero brincar", pode haver dificuldades dos profissionais para ouvirem esse pedido e também no contexto da própria família. A experiência no atendimento às crianças com deficiências motoras e suas famílias tem me apontado que, muitas vezes, os pais não fazem referências às brincadeiras do filho no dia a dia e sim aos horários que, em especial, a mãe reserva para fazer "exercícios" com o filho, seguindo orientações dos profissionais que o atendem, apontando para uma outra ordenação do cotidiano.

Nesse cotidiano, pais podem se tornar "terapeutas" após sucessivas orientações que os profissionais a eles endereçam e os colocam, muitas vezes, em um lugar que intensifica a cobrança sentida por pais e mães acerca da responsabilidade pelos filhos e seus futuros. Em um cotidiano ordenado pelos tratamentos, é muito provável que não haja espaço e tempo para pais e filhos brincarem.

No entanto, também aparece no discurso familiar, geralmente na fala da mãe que acompanha a criança nos tratamentos, comentários como: *"meu filho não brinca"*. Considero esse trecho significativo do discurso materno no direcionamento da minha avaliação acerca da criança e seu fazer e nas decorrentes propostas de atendimento a essa criança. Se não há o brincar, surge, imediatamente, a preocupação com a saúde.

Lembro-me das primeiras vezes em que me vi frente às crianças com deficiências, quando fui voluntária do setor de recreação de uma instituição de reabilitação: apesar de nada saber sobre suas doenças ou deficiências, tinha certeza da alegria de estar com aquelas crianças com quem sabia brincar. Afirmo que sabia brincar porque elas brincavam comigo. Hoje, diante dos meus pacientes, também continuo a ver uma criança que necessita brincar,

brinco e procuro formas de viabilizar suas possibilidades na interação e nas atividades, mas a formação profissional me fez também ter um caminho de pensamento reflexivo na tentativa de não mais somente brincar com essa criança, mas brincar para cuidar, através das atividades, de alguém que veio, trazido pela família, em busca de ajuda e tratamento.

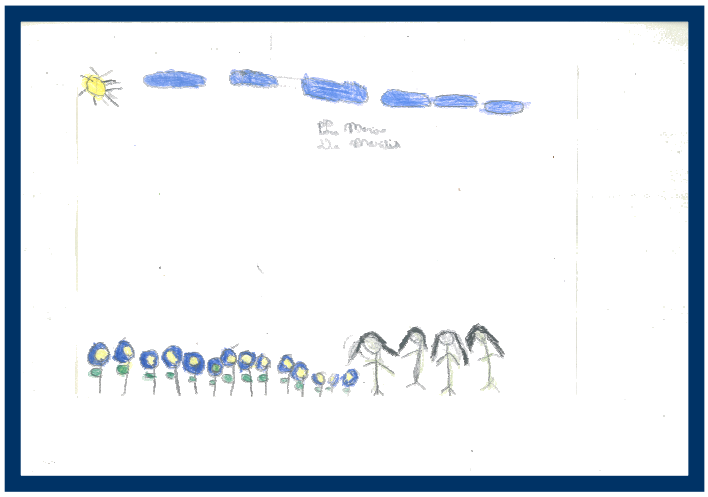
Dentro do objetivo proposto neste estudo, o brincar, compreendido como uma atividade espontânea, criativa e que tem um fim em si mesma e que poderá favorecer a participação singular da criança no contexto social e cultural, será tomado como campo para os procedimentos do terapeuta ocupacional e, para aquelas crianças que não brincam ou têm dificuldades nessa atividade, como um dos objetivos do processo terapêutico.

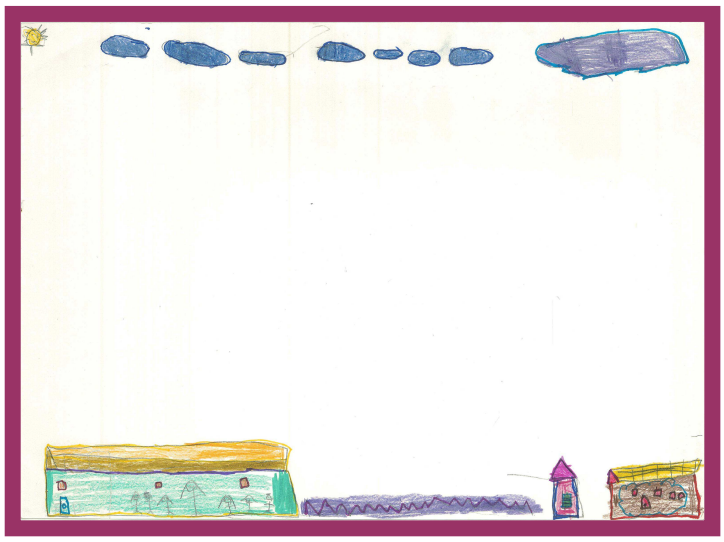
É o que pretendo apresentar a partir dos referenciais teóricos utilizados até o momento e dos elementos do cotidiano da clínica com as crianças, proposta que será explicitada no capítulo que se segue sobre os caminhos metodológicos.

Uma menina de 6 anos de idade
começou a fazer terapia ocupacional.
Uma das primeiras atividades que realizou foi esse desenho que
pareceu não agradá-la em seu resultado final.
Outros desenhos semelhantes foram feitos,
sempre de modo rápido.

Após desenhar, essa menina fazia dobraduras inventadas,
sem formato definido, e me presenteava.

Após um tempo de terapia, essa menina fez outros desenhos, de modo mais organizado, finalizando sua atividade de outra forma. Demonstrava apreciar seus desenhos, que não mais viraram dobraduras indefinidas.





Além dos desenhos, essa menina fez outras atividades como esse mosaico feito com pedaços de papel. A escolha do tema seguiu a ideia de seu companheiro de terapia que fez a bandeira da Coreia do Sul. Ela, por sua vez, decidiu que queria a do Brasil. Uma atividade que foi realizada durante alguns atendimentos consecutivos até sua finalização:

5 TRAJETÓRIA DA INVESTIGAÇÃO: DAS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS À CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO E AO RETORNO ÀS AÇÕES NA CLÍNICA

Lembro-me das leituras propostas nas aulas pelos meus professores durante a graduação e das discussões que tentavam provocar em nós, alunas de terapia ocupacional, no meu caso, aluna vinda de uma realidade cotidiana e familiar onde questionar e criticar não eram mais que pensamentos e assuntos de conversas entre amigos diante de algum posicionamento diferenciado dos pais. Tudo era muito bom, familiar e protegido. Na medida em que conhecemos, no sentido de um saber apropriado, passamos a ver. Comecei a ver coisas que antes não via. Aprendi que esse é um dos objetivos de uma educação e formação profissional: provocar e convocar o aluno a pensar e olhar de modo crítico os fenômenos e acontecimentos da vida.

Quando ingressei na vida universitária, tinha acabado de viver uma intensa experiência, já mencionada, como voluntária em uma instituição de reabilitação. Lá me apaixonei por estar e conviver com as crianças que tinham deficiência, o que me levou a decidir minha escolha profissional. Durante a formação, sem me esquecer dos agradáveis momentos que lá vivi, comecei a olhar e a compreender de outra forma a lógica de funcionamento daquela instituição e a pensar: o que é a proposta de reabilitar alguém?

5.1 DE ONDE E PARA ONDE EU OLHO? UM LUGAR HISTORICAMENTE CONSTRUÍDO

Volto-me aos ensinamentos de Barros (1991), uma das responsáveis pela minha formação profissional, no sentido do formar e constituir, que sempre apontou para os alunos a necessidade de refletir sobre os conceitos localizando-os no contexto histórico e político e de adotar uma postura permeada pela crítica frente aos fenômenos estudados, observados e dos quais podemos ser participantes ativos. Barros (1991) diz que a reabilitação foi uma noção formulada e desenvolvida a partir das duas guerras mundiais e tem relação com o discurso das sociedades ocidentais atravessado pelos princípios propostos pela Revolução Francesa, no século XVIII, e reatualizados pela Declaração dos Direitos Humanos, na convenção de Genebra. No caso do Brasil, embora os direitos e o acesso aos serviços de uma sociedade

devam ser garantidos aos seus membros cidadãos, vemos que o princípio de universalização e equidade social ainda se mantém mais próximo do discurso do que das práticas sociais.

Foi nesse contexto que as instituições de reabilitação emergiram e tentaram cumprir o que no discurso era proposto, mas ainda, em alguns casos, permanecem vinculadas à ideia do assistencialismo, determinando aos seus usuários uma relação de tutela, com pouco espaço para desenvolver e realizar sua autonomia, contraditoriamente ao discurso da reabilitação como um processo de recuperação e preparo de condições para que o indivíduo retorne ou inicie o exercício autônomo de seus papéis sociais.

A reabilitação parece circunscrever tecnologias e saberes técnicos pautados na lógica de uma relação direta entre a problemática e sua solução; nela, quanto mais a problemática é estudada e delimitada, mais próximo se deve estar de encontrar sua resolução. A racionalidade técnico-científica fica evidente tanto nas práticas quanto na produção de saberes sobre elas.

É importante retomar aqui a discussão sobre a reabilitação que acompanha o meu percurso profissional, porque ela também explica as formas como na terapia ocupacional o brincar tem sido compreendido e utilizado, e o meu interesse em, a partir de uma dada concepção de brincar, propor e pensar um outro caminho e uso dessas atividades na clínica com as crianças. Quero dizer: quais condições contextuais, do ponto de vista histórico, político e econômico, foram dando um contorno e apontando para a definição de um procedimento clínico na terapia ocupacional – como usar um brinquedo/jogo ou propor uma brincadeira/jogo com a criança durante o atendimento? E como eu me posiciono diante desse cenário?

Como mencionei no prrimeiro capítulo, na terapia ocupacional o brincar tem sido utilizado de diversas formas, ora como distração para a criança em terapia ora delimitado à manipulação dos brinquedos para o exercício de funções alteradas ou ausentes. Esse raciocínio, que predomina ainda na clínica com crianças, é um reflexo de uma conjuntura histórica e política, na qual o campo da reabilitação emergiu, que vai atravessando vários campos disciplinares, incluindo a terapia ocupacional.

A reabilitação como uma área médica é fato recente, datado das décadas de 1920 e 1930, mas como prática institucional na área da saúde a origem é mais antiga, localizando-se no século XIX (ROCHA, 2006). A terapia ocupacional como profissão tem sua história entrelaçada no desenvolvimento e nas mudanças dessas práticas assistenciais voltadas para as pessoas sobreviventes das guerras, os loucos, os deficientes e leprosos como eram referidos na época. Nesse percurso, verificam-se momentos de posicionamento diante da comunidade científica apontando para uma compreensão de homem, reflexo das produções de

conhecimento de vários campos disciplinares, que o fragmenta no intuito de melhor estudar o funcionamento do corpo humano. As ideias do corpo como uma máquina em funcionamento e da doença como a alteração desse funcionamento, levam o foco de estudo para os mecanismos que regem esse corpo e para a compreensão da doença como um mal que ataca o homem e que deve ser combatido em suas causas e sintomas. As causas e os sintomas se localizam no indivíduo e, dessa forma, o processo de saúde e doença é compreendido como um fenômeno individual.

No início do século XX, o *taylorismo* emerge e sedimenta essa concepção de homem, saúde e doença ao reforçar a ideia de um corpo trabalhador e soldado, sinônimo de corpo produtivo e saudável (ROCHA, 1991). A saúde é vista como adaptação do homem ao sistema de produção social e econômica, e a doença como a inadaptação desse indivíduo a um processo alienante em que se transformou o sistema organizacional do trabalho, marcado pela divisão entre o trabalho intelectual e o manual.

O homem sofre a imposição de um pensamento que separa corpo e mente e seu sofrimento é visto e tratado segundo diversas perspectivas fragmentadas, resultado dos conhecimentos parciais desenvolvidos acerca das diversas partes do corpo. Seguindo essa lógica que aliena o homem de seu próprio corpo, imprimindo marcas na constituição da sua subjetividade ou impondo dificuldades para a expressão da subjetividade na realidade compartilhada, os terapeutas ocupacionais, em seu campo de construção de conhecimento, respondem à comunidade científica, que exige cientificidade no uso das atividades como forma de cuidado ao indivíduo atendido.

Diante das exigências da comunidade científica, o campo da terapia ocupacional se posicionou e um dos exemplos que podemos retomar para ilustrar esse posicionamento são as proposições de análise de atividades que, historicamente, foram elaboradas e afirmadas na prática clínica. As atividades deveriam ser justificadas em sua indicação e uso; na época, a expressão frequente era o da “prescrição de atividades”. Deveria haver uma determinada atividade, a melhor, para a problemática avaliada no paciente. Para essa seleção, a análise de atividade permitia ao terapeuta ocupacional verificar, no modo de fazer determinada atividade, quais eram os componentes (motores, sensoriais, perceptuais, cognitivos, psicossociais) envolvidos e exigidos do paciente ao fazer essa atividade, portanto, própria ou não para desenvolver aquilo que ele necessitava melhorar. Esse procedimento garantia ao terapeuta um direcionamento para o uso de atividades com cada paciente.

Por exemplo, com a população à qual me refiro, pessoas com deficiência, a atividade deve ser previamente analisada em suas exigências cinesiológicas ao indivíduo (CASTRO et

al., 2004), pressupondo que todas as pessoas realizam determinada atividade de uma única forma. Aqui reside uma questão importante, que vem sendo discutida na terapia ocupacional, sobre a validade dessa análise de atividade realizada a partir da técnica de fazer alguma atividade, prescindindo do indivíduo que a faz, portanto, prévia ao indivíduo em ação. É claro que há, para a maioria das atividades, uma dinâmica própria que a caracteriza e norteia quem faz para que ela se efetive. Como uma receita de bolo, que orienta quem cozinha como se deve fazer esse bolo, ou a técnica do mosaico, necessária para aquele que quer fazer uma obra em mosaico. Mas não é somente a "técnica" que leva o "fazer" acontecer, ao menos se estamos pensando em um acontecer humano. Na lógica da atividade que pode ser analisada previamente, uma vez que parte da compreensão de que ela será feita da mesma forma independentemente de quem faz, a atividade é decomposta em fases e etapas, determinando as articulações e músculos requeridos em cada uma delas, movimentos e habilidades de diversas ordens necessárias para realizá-la. Essa análise dá condições ao terapeuta para prescrever a melhor atividade que vai exercitar determinada função alterada ou perdida no paciente, isto é, aquela atividade que, pela sua análise prévia, diz ao terapeuta quais habilidades, funções específicas ou movimentos serão exigidos repetidamente e, portanto, exercitados no paciente.

Tivemos, ao longo da produção de conhecimento na terapia ocupacional, as propostas de análise de atividades cinesiológica, biomecânica, psicossocial, que refletem e têm sua origem na compreensão delimitada de diversas facetas da constituição do ser humano e de seu fazer. Dessa forma, houve a validação do uso das atividades como forma de tratamento, pois a apresentação dessas propostas de análise de atividades e sua explicação foram aceitas e legitimadas no cenário científico.

Seguindo essa lógica de compreensão das atividades e análise de atividades, o brincar e os brinquedos também foram e são pensados sob esse mesmo percurso de raciocínio clínico. Usar um brinquedo ou propor uma brincadeira no atendimento ao paciente não parecia nada científico, tanto que os terapeutas ocupacionais eram chamados, no início do século passado, de "senhoras do brincar". Esse título ou referência, no seu sentido pejorativo, hoje ainda se faz presente.

Tenho alguns exemplos de situações que refletem essa ideia de desvalorização do brincar e dos materiais, brinquedos e jogos, em um contexto de cuidado à saúde. Certo dia de trabalho no hospital, estava arrumando os jogos e brinquedos no armário de materiais que fica no corredor do ambulatório de especialidades, em frente à minha sala, quando ouvi o seguinte comentário de um profissional de saúde dirigindo-se à nossa chefia: *"essa T.O. aí só brinca"*. Outros exemplos vêm dos próprios terapeutas ocupacionais que, ao explicarem como pensam

a terapia ocupacional, logo se justificam ou se defendem de possível crítica de outros profissionais, dizendo: *"eu não brinco com a criança"*. Ou ainda, quando as solicitações de compra de materiais dessa natureza para a terapia ocupacional são colocadas em último plano, em uma administração econômica de uma instituição, como se um terapeuta ocupacional, que atende crianças, pudesse trabalhar sem recursos materiais como brinquedos e jogos, entre outros. Sempre penso e comento com meus alunos, como pode um médico-cirurgião realizar seu trabalho sem um bisturi? Ou como pode uma enfermeira não ter em seu posto de trabalho equipamentos como um estetoscópio, e materiais como ataduras, agulhas e seringas?

Como o homem pode fazer atividades sem matéria-prima? Existem, claro, atividades que não requerem materiais, mas, certamente, haverá restrições nas possibilidades de oferta de experiências para o paciente. A atmosfera de descrédito quando o terapeuta ocupacional usa o brincar como atividades com seu paciente ainda é presente nos dias atuais.

Mas, historicamente, a lógica de causa e efeito, que justificou a razão pela qual o terapeuta ocupacional oferecia determinado brinquedo à criança, passou a dar um estatuto de uso científico a um objeto que, a princípio, trazia várias concepções e representações geralmente distantes de qualquer ideia relativa à tecnologia científica. O brincar, melhor dizendo, o brinquedo, tendo uma justificativa em sua escolha e uso, no sentido de favorecer o exercício de uma habilidade perdida ou em *déficit*, pareceu ser mais aceitável e compreensível.

Quando o terapeuta ocupacional explica à criança, ou mesmo ao adulto, a razão pela qual lhe deu um quebra-cabeça para montar, está justificando a indicação desse material, pautado na melhora que o paciente terá se ele realizar essa atividade, isto é, montar o quebra-cabeça diversas vezes. Essa discussão ainda será retomada adiante, mas desde já destaco que essa lógica linear que aponta para um determinado brinquedo ou jogo como o mais indicado segundo as dificuldades apresentadas pelo paciente, coloca em foco o material e sua relação com as dificuldades do indivíduo, e não o uso dos materiais para a atividade do brincar. As atividades como experiências cotidianas, que foram alteradas ou suprimidas em função da doença e/ou da deficiência, não se evidenciam nesse raciocínio do terapeuta.

No caso da criança, mesmo tendo sido explicado a ela o porquê de tal brinquedo ou quando lhe é induzido fazer algo com o material disponibilizado, frequentemente percebe que a atividade, brincar ou jogar, não está presente no contexto. Muitas delas não fazem, pois constatam que o fazer não foi proposto. Elas pedem para brincar, falam sobre isso e esperam brincar. Se o fazer é uma necessidade dessa criança, uma vez que foi alterado em função da deficiência ou doença, é disso que ela espera que alguém a supra.

No primeiro capítulo sobre as pesquisas, no entanto, vimos que algumas mudanças estão se verificando no cenário do conhecimento na terapia ocupacional, como apontam as pesquisas que evidenciam a urgência de repensar os procedimentos na terapia ocupacional e a localização do brincar no contexto do processo terapêutico com as crianças.

5.2 DAS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS À TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Novas proposições têm aparecido e confrontado o paradigma pautado no modelo médico-biológico. Como aponta Minayo (1994, p. 11), "[...] a cientificidade não pode ser reduzida a uma forma determinada de conhecer; ela pré-contém, por assim dizer, diversas maneiras concretas e potenciais de realização". Nesse processo plural de construção de conhecimento, o conceito de atividades na terapia ocupacional mostra-se dinâmico e, assim como os conceitos de deficiência e ações de reabilitação, sofre transformações e reinvenções que refletem a evolução histórica pela qual passa a assistência à saúde das pessoas com deficiência (CASTRO et al., 2004).

No percurso da minha atuação clínica me deparei com o problema da compreensão das atividades na terapia ocupacional e desse campo fértil de variadas questões meu objeto de investigação foi delineado, e é para lá que volto, no cotidiano e território da clínica, onde meus procedimentos e formas para compreender a criança e seu fazer se encontram. Nesse sentido não há como colocar entre parênteses a subjetividade do pesquisador (SAFRA, 1995), implicado diretamente em todo o percurso da investigação, da origem do problema investigado à busca pela sua apresentação e compreensão.

Procuro no saber dos pacientes um conhecimento que eu possa acrescentar ao meu e dessa forma construir um estudo que volte ao campo de onde ele se originou: penso que o conhecimento só tem sentido se puder ser usado pelas pessoas (profissionais), pacientes e seus familiares. Fazer uso é tomar, da realidade externa, algo para si e devolvê-lo, não mais tal qual era, mas modificado, pois foi usado por alguém que acrescentou, alterou, sugeriu acerca do que foi usado. Um outro o tomará para si e assim por diante, o conhecimento pode ser repensado, modificado e transformado.

Barros (1991) afirma:

> Necessitamos de nossa capacidade humana criadora, criativa e, neste sentido o papel do técnico está na sua capacidade de por em crise seu próprio saber, questioná-lo para encontrar soluções onde ele (o técnico) seja a bússola, porém, navegador e guia sejam as necessidades de quem precise utilizá-lo. Difícil (p. 103).

Novamente recorrendo às discussões propostas por Safra (2006), registrei que o objeto de estudo desvela o caminho metodológico, aparentado e norteado pelo objeto de investigação (informação verbal)[1]. Fazer e pensar em um uso do brincar com a criança que tem deficiência na terapia ocupacional, será possível por um percurso metodológico que considere e acompanhe a própria relação terapêutica, isto é, os meus encontros com as crianças e o seu fazer, nos quais acontecem procedimentos que visam favorecer o brincar e outras atividades dessa criança.

Como já foi dito anteriormente, o objetivo deste trabalho é apresentar e refletir sobre uma forma de compreender o brincar no processo de terapia ocupacional com crianças que têm deficiência física, na qual o brincar é, muitas vezes, um dos objetivos desse processo e, sempre, área na qual acontecimentos saudáveis, criativos e de experiências culturais podem ser realizados, favorecendo a participação social dessas crianças.

Trata-se de uma investigação construída e decorrente da relação do indivíduo pesquisador e o indivíduo atendido na terapia ocupacional: as crianças e suas famílias. A investigação procura seguir uma proposta de pesquisa, do ponto de vista epistemológico, sujeito-sujeito, tal qual explica Safra (2005). Na terapia ocupacional, incluo as atividades nesse encontro, portanto, sujeito-sujeito-atividades, compondo a relação triádica tal qual apontado por Benetton (1999).

Essa investigação foi proposta para acontecer no campo relacional entre o terapeuta ocupacional, o paciente e as atividades, e o recorte estudado será apresentado através da própria situação clínica, na qual as atividades serão vistas como experiências que trazem em si os investimentos singulares de quem as realizou. Investimentos que têm relação com uma determinada forma particular de ser e de se posicionar diante dos objetos, materiais, pessoas e circunstâncias.

Dessa forma, momentos de quatro histórias, construídas no processo de terapia ocupacional que passaram a fazer parte das histórias de quatro pessoas e suas famílias, sustentaram, de modo mais intenso, as discussões e proposições neste trabalho. Cada história

[1] Informação fornecida pelo Prof. Gilberto Safra nas aulas da disciplina “Perspectivas epistemológicas em psicologia clínica e psicanálise”, da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da USP, em 2006.

é pessoal e inédita, mas veicula elementos para uma discussão sobre o humano e seu fazer; a condição humana e seu aspecto plural tal qual nos diz Arendt (1958).

Utilizei também outras lembranças de momentos da minha experiência clínica para ilustrar as discussões em torno do uso das atividades na área do brincar pelo terapeuta.

5.3 LOCALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES

Nesse percurso de investigação me acompanharam quatro crianças que atendi, na companhia de quatro alunos de terapia ocupacional, em uma proposta de Iniciação Científica realizada na clínica-escola de uma instituição de ensino de nível superior[2], na qual sou docente. A escolha por esta instituição foi motivada pela minha inserção como docente e supervisora de estágio, o que favoreceu a proposição dessa atividade de Iniciação Científica, e pelo fato de a população atendida nessa instituição incluir crianças com deficiência física.

Como assinala Minayo (1994, p.17), "é a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo". Considerando esse local para o desenvolvimento da pesquisa, também ressalto o interesse em poder contribuir para o aprofundamento dos aportes de conhecimento que norteiam os atendimentos que já são realizados na terapia ocupacional, colaborando com o trabalho em equipe para o desenvolvimento de ações com qualidade crescente à população-alvo da instituição.

A decisão de propor uma pesquisa de Iniciação Científica que envolveu o atendimento de crianças, foi devida ao fato de acreditar que a vivência do trabalho clínico durante a realização do doutorado me permitiria buscar elementos da minha prática de modo imediato aos acontecimentos do processo terapêutico, uma vez que, desde agosto de 2004, não estava mais atendendo diretamente essa população, crianças com deficiência. Nessa época, fui trabalhar em uma unidade da prefeitura de São Paulo voltada ao atendimento de outra população, a de idosos. Minha proximidade com a atenção às crianças passou a ser de modo indireto, por meio da atividade de supervisão de estágios que realizo na instituição de ensino.

Apesar dos anos de experiência clínica com crianças, preferi voltar a atender essa população para que pudesse construir a discussão em torno do uso das atividades do brincar.

[2] Centro Universitário São Camilo em São Paulo.

Até o momento, minha produção escrita, em sua totalidade, está diretamente articulada e, do meu ponto de vista, facilitada pela intensidade das histórias que vivi com as pessoas que atendi. Nos artigos, capítulos de livros, à dissertação de mestrado e o livro dela decorrente, falo dessas histórias. Talvez não conseguisse pensar e realizar uma tese de doutorado se não fosse também por esse caminho.

Dessa forma, de fevereiro de 2006 a junho de 2007, realizei os atendimentos com as crianças, por meio desse projeto de Iniciação Científica apresentado à instituição de ensino, conseguindo unir minha necessidade de voltar a atender, diretamente, essa população com a oportunidade de estar com os alunos compartilhando e ensinando a construir conhecimento. Foi uma rica e intensa experiência.

Apresentei o projeto à instituição, local de coleta de dados, deixando claro que esses dados coletados seriam utilizados para a realização do meu doutorado. Foi submetido, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) da referida instituição[3].

As seguintes considerações foram tomadas para decidir quais crianças poderiam ser atendidas no contexto da pesquisa:

- ausência ou dificuldade de brincar como um elemento da história da criança. Segundo Minayo (1996) o trabalho de campo requer um recorte espacial que, em termos empíricos, possa abranger aquilo que no recorte teórico foi delimitado para se referir ao fenômeno a ser investigado, neste caso o brincar;
- crianças na faixa de idade entre 3 a 12 anos. A idade inicial é marcada pelo auge do jogo simbólico ou brincar de faz de conta que traz para estas situações elementos do cotidiano e das vivências singulares da criança. Além disso, marca um período de proximidade do ingresso escolar que, para o terapeuta ocupacional, indica uma fase de ampliação do repertório de atividades de uma criança, podendo necessitar da especificidade do trabalho desse profissional. E a idade final foi definida pensando em não avançar mais devido aos aspectos que começam a emergir decorrente do processo de adolescer;
- crianças com deficiência física com ou sem *déficit* cognitivo associado.

[3] A aprovação ocorreu em novembro de 2005, conforme os requisitos da Resolução CNS-MS 196/96, sob o Protocolo de Pesquisa de número 146/05, devidamente documentada.

Também considerei que as seguintes circunstâncias poderiam exigir da investigação um outro caminho, principalmente teórico, excluindo da pesquisa as crianças que apresentassem:

- incapacidade para explorar os brinquedos pela preensão manual ou através de outras formas de movimentação corporal, indicando uma restrição corporal grave;
- ausência de linguagem e intencionalidade comunicativa, o que poderia indicar situações de alterações no desenvolvimento com comprometimento nas possibilidades de ingresso no campo da intersubjetividade.

5.4 APRESENTANDO AS CRIANÇAS E OS PROCEDIMENTOS

A partir dessa delimitação para a definição das crianças que poderiam participar da pesquisa, comecei a marcar as primeiras entrevistas. As famílias e crianças, desde esse primeiro encontro, foram avisadas e esclarecidas quanto à possibilidade de participação na pesquisa.

Às famílias, expliquei a diferença entre ser atendida por mim, dentro da proposta da pesquisa, e fora desse contexto, nesse caso por um estagiário sob minha supervisão. Expliquei que ser atendida por mim estaria vinculado a dois fatos: primeiro o de consentir que a história de seu filho(a), da família e de todo o percurso do processo terapêutico pudesse ser utilizada em uma pesquisa, e segundo o de ser atendida em um determinado dia da semana, quando estaria na instituição para realizar esse trabalho, não havendo outra escolha. Também deixei claro que havia outras possibilidades de horários, fora do projeto, caso a criança fosse atendida por um estagiário, tendo a condução do processo terapêutico o mesmo caminho, uma vez que estaria realizando a supervisão e acompanharia todos os procedimentos tomados pelo estagiário responsável. Das famílias recebidas em uma primeira entrevista, muitas delas não puderam participar da pesquisa em virtude das dificuldades de horários. Outras não foram selecionadas por mim devido à gravidade do caso no que se refere às dificuldades cognitivas, o que exigiria do estudo um outro caminho de investigação teórica, como mencionado anteriormente. Todas as crianças que não foram atendidas dentro do contexto da pesquisa estão fazendo terapia ocupacional com estagiários sob supervisão, em outros dias da semana.

As crianças da pesquisa autorizaram o uso de suas e nossas histórias através do consentimento verbal. Expliquei a elas que vou escrever um “livro” sobre essas histórias. Das quatro crianças, três delas consentiram e uma delas, ainda, não compreende a situação. As famílias concordaram em participar da pesquisa e autorizaram por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado para o projeto apresentado à instituição de ensino, local de coleta dos dados (Apêndice).

Além dos atendimentos que tinham a duração de uma hora, também realizei supervisões semanais com os quatro alunos da Iniciação Científica que me acompanharam para discutir os acontecimentos e os procedimentos tomados com cada criança.

Todos os alunos participaram do primeiro encontro com a criança e sua família. Apesar de não saber acerca do desenvolvimento da criança, nem sempre correspondente à sua idade cronológica, preparávamos a sala de atendimento com materiais diversos (brinquedos, jogos, mesa e cadeira para criança, colchonete, materiais gráficos) correspondentes à idade da criança. Geralmente, dois dos alunos ficavam com a criança propondo atividades como brincadeiras, desenho e pintura ou apenas conversando, em uma tentativa de aproximação cuidadosa. Os outros dois anotavam as informações obtidas da conversa conduzida por mim com a mãe, pais ou outro familiar da criança que eram depois revisadas ao lado das minhas anotações.

Uma vez definido que a criança participaria da pesquisa, um dos alunos passava a me acompanhar nos atendimentos, sendo também uma pessoa de referência para a criança e a família.

Nesse primeiro encontro com o indivíduo que foi encaminhado ou procurou a terapia ocupacional, temos um espaço de tempo limitado, mas suficiente para obtermos informações iniciais que nos apontam se temos ou não a favorecer esse indivíduo em sua saúde e necessidades. Se eu tomo a saúde como a possibilidade de ser e fazer a partir do que é em uma realidade compartilhada, e compreendo que o terapeuta ocupacional, ao utilizar as atividades como instrumentos de seus procedimentos e ações, favorece o paciente em seu fazer cotidiano e singular, nas observações iniciais do paciente e de suas atividades e na fala do acompanhante evidenciam a mim o sofrimento do não fazer, do não conseguir, do não compartilhar e do não ser reconhecido. Foi assim que algumas cenas e falas do primeiro encontro com cada criança e seu familiar me aproximaram das suas necessidades e sofrimentos e me indicaram que deveriam fazer terapia ocupacional.

A primeira criança a entrar na pesquisa foi Isabela[4], com 3 anos e 7 meses de idade, cujo nome, a pedido dos pais, não foi trocado. Isabela sofreu anóxia neonatal e teve paralisia cerebral e apresentava comprometimentos intelectuais e na coordenação motora global. Em seguida veio *Hot Park*[5], um menino de 8 anos de idade que faz terapias em função de ter uma hemiparesia espástica[6] à direita devida ao acidente vascular cerebral ocorrido no período intrauterino. A terceira criança foi Guilherme, com 6 anos de idade, que será aqui referido como XLR-8, conforme sua escolha[7]. Essa criança teve paralisia cerebral do tipo hemiparesia espástica esquerda.

Havia uma quarta criança que ingressou na pesquisa após cinco meses de início das demais crianças. Isso porque esperávamos outra criança conseguir o serviço de transporte municipal adaptado às pessoas com deficiência, mas após meses de espera não pudemos mais reservar a vaga. Sendo assim, entramos em contato com Caio, na época com 7 anos de idade, que aguardava atendimento de terapia ocupacional. Permaneceu nos atendimentos por quatro meses, depois a família desistiu devido à incompatibilidade de horários. Caio tem distrofia muscular progressiva tipo Duchenne[8] e estava começando a ter quedas, perda dos movimentos mais refinados dos membros inferiores e da força muscular.

Cada criança foi atendida na terapia ocupacional, individualmente, uma vez por semana. No entanto, também comecei a propor alguns atendimentos em dupla, inicialmente, mobilizada pela ideia de aproximar *Hot Park* e XLR-8. O fato de serem dois meninos com idades próximas fez-me pensar na possibilidade do encontro entre eles, mobilizada também pelo objetivo final de toda terapia ocupacional, favorecer a participação social do paciente.

---

[4] Avisei às famílias que o nome das crianças seria fictício para garantir sua anonimidade ao longo da pesquisa, porém os pais de Isabela pediram, ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para manter no texto o nome verdadeiro da filha. Quanto à segunda e terceira crianças, sempre expliquei a elas que um "livro" seria escrito a partir de suas e nossas histórias e, diante desse fato, solicitei que escolhessem um nome para si. Já a quarta criança acabou desistindo dos atendimentos de terapia ocupacional no início de 2007 em função de mudanças de horários de outras terapias e nesse processo de interrupção do processo terapêutico não foi possível pedir à criança a escolha de um nome para sua referência na pesquisa, de modo que a troca do nome foi feita por mim mesma.

[5] *Hot Park* foi o nome escolhido pela criança que explicou ser o de um parque de diversões que tem piscina.

[6] A forma hemiparesia espástica caracteriza-se por hipertonia de um lado do corpo, quase sempre desproporcional entre os membros, o superior sendo, frequentemente, mais afetado que o inferior. O hemicorpo afetado pode apresentar também uma alteração da sensibilidade (BOBATH, 1984; DIAMENT; CYPEL, 1996).

[7] Guilherme explicou que XLR-8 é o nome de um dos super-heróis alienígenas, do desenho animado "Ben 10". O nome verdadeiro da criança também aparece, pois sua mãe e ele solicitaram que fosse mencionado.

[8] Distrofia muscular tipo Duchenne é uma miopatia congênita degenerativa e geneticamente determinada, ligada ao sexo. A ocorrência é no sexo masculino, caracterizada por comprometimentos simétricos e inicialmente seletivos dos músculos da cintura pélvica, hipertrofia das panturrilhas, dificuldade progressiva até a incapacidade de deambular, presença de contraturas e deformidades esqueléticas progressivas, comprometimentos cardíacos e dificuldades cognitivas (DIAMENT; CYPEL, 1996).

Posteriormente, passei a realizar, uma vez ao mês, uma atividade em grupo, na tentativa de reunir as quatro crianças. Foram experiências desafiadoras e valiosas, pois tivemos, terapeuta, alunos e crianças, que aprender e exercitar propor e fazer atividades em meio à diversidade de interesses, possibilidades, dificuldades e momentos do desenvolvimento de cada uma das crianças. Embora cada criança e seus familiares tivessem como referência um dos alunos, aquele que acompanhava os atendimentos, ao longo do tempo começaram a ter conhecimento dos demais alunos devido à participação nas atividades em grupo, quando todos estavam presentes.

Esses encontros mensais contaram com a participação intensa dos alunos me ajudando na escolha da proposta da atividade, possibilitando-lhes a vivência de ser terapeuta ocupacional no que se refere à indicação e planejamento das atividades que se relacionam com as necessidades do indivíduo(s) atendido(s), bem como com o repertório de conhecimento de atividades do próprio profissional. Essas experiências foram relatadas com maiores detalhes e utilizadas como material para tecer a discussão do presente trabalho.

No contexto dos atendimentos, os alunos também fizeram atividades, e me auxiliaram, muitas vezes, ao lado da própria criança, na organização e preparação dos materiais e espaço físico. Sempre que possível convoco a criança a se responsabilizar pelos materiais e espaço usados na terapia. Os alunos registraram suas observações dos acontecimentos logo após cada atendimento e, ao lado das minhas anotações, discutíamos na supervisão. Eram como “companheiros” das crianças nos atendimentos, deixando a coordenação, intervenções, provocações e orientações sob minha responsabilidade. Em algumas situações, como nas propostas de atividades em grupo ou quando estava conversando com os familiares, os alunos experimentaram conduzir os atendimentos, em especial, nas explicações e orientações em relação às atividades, isto é, no caráter pedagógico da situação, e, de modo mais tímido, nas intervenções com o propósito de cuidados das necessidades de cada criança.

Cada aluno, com suas habilidades e repertório cultural de atividades, usando o aprendizado na graduação e em cursos extracurriculares sobre técnicas de atividades artesanais, brincadeiras e jogos, música, teatro e outras, enriqueceu e participou ativamente das ações na clínica, trazendo conhecimentos, novas ideias e sugestões de atividades.

Os alunos que acompanharam os atendimentos das crianças faziam parte do contexto onde as atividades ocorreram. Considerando as atividades como experiências vivenciadas pelo indivíduo em um determinado tempo e espaço, quando saudáveis, na área do brincar tal qual denominada por Winnicott (1971a), as atividades encerram em sua definição também o

aspecto contextual no qual o acontecimento humano é vivido. Nesse sentido, falar dos acontecimentos na relação paciente, terapeuta ocupacional e atividades é observar e compreender como o indivíduo faz no contexto onde o acontecimento se dá, muitas vezes, fazendo parte dele a presença de uma outra pessoa, nesse caso o aluno.

Foi nesse contexto relacional e compartilhado que minha observação e meu pensar sobre o indivíduo atendido e suas atividades aconteceram.

A observação é um trabalho contínuo, cuidadoso, atento e contextual, no decorrer dos atendimentos. A observação participante, denominação de uma técnica de coleta de dados usada em pesquisas etnográficas e em investigações sociológicas e psicológicas, aponta para o envolvimento presencial do observador na situação observada (MALINOWSKI, 1990; MARTINS, 2006; SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955; TURATO, 2003). Nesse trabalho, fundamentado em uma determinada visão de mundo e compreensão do desenvolvimento e constituição do humano, do ponto de vista teórico e vivencial, como apresentado nos capítulos anteriores, meu olhar, no processo de observação para a coleta de dados, percorreu, e pretende percorrer na análise desses dados, elementos da situação e do(s) indivíduo(s), considerando a relação composta pela criança, terapeuta ocupacional e atividades, conforme os seguintes focos, inter-relacionados:

- o que o indivíduo faz – suas atividades (o que o indivíduo gosta ou não de fazer, repertório de atividades comentadas, sugeridas, solicitadas pelo indivíduo, relação das atividades com sua história, atividades indicadas pelo terapeuta e aceitas ou não pelo indivíduo, atividades solicitadas/exigidas pela família);
- como o indivíduo faz – processo de realização das atividades (em relação ao terapeuta: necessidade de auxílio do terapeuta, ajuda explicitada e/ou aguardada; em relação ao(s) outro(s) participante(s) da sessão de atendimento: aluno acompanhante e/ou outras crianças; em relação aos materiais e espaço da sala: preparo, cuidado, organização, limpeza, escolhas; em relação à sua atividade: continuidade na atividade, cuidado e escolha do local para guardá-la até a próxima sessão, busca pela atividade para continuá-la, repercussões da atividade com pessoas do seu dia a dia, destino de suas atividades; comentários sobre sua atividade). Este item está intimamente relacionado ao abaixo;
- quais investimentos se evidenciam no seu fazer, considerando o processo de realização da atividade, uso dos materiais e espaço – investimentos físicos

> (habilidades e dificuldades motoras, expressões corporais que possam apontar o "como" a atividade está sendo realizada), psíquicos (aspectos emocionais que possam evidenciar durante o fazer), cognitivos (habilidades e dificuldades, busca de soluções para suas dificuldades), sociais/relacionais (trocas ou não com o outro durante o fazer, desdobramentos no âmbito social decorrentes da atividade como, por exemplo, envolvimento da família para providenciar material para a atividade, presentear o outro com sua atividade, entre outras situações).

Esses focos orientaram a observação para que o olhar não se dispersasse.

A observação recai nas atividades, consideradas como o indivíduo e seu fazer em uma relação com o terapeuta e em um contexto de cuidado, e naquilo que se destaca nessas atividades como expressões do indivíduo, comentários e falas durante o fazer, associações entre as atividades feitas pelo indivíduo. As atividades observadas compõem desde a "chegada" do indivíduo ao local de atendimento até o "ir embora". Todo momento observo como o indivíduo faz no contexto das diversas propostas de atividades durante as sessões, considerando as atividades como matérias-primas, objetos, instrumentos e técnicas colocadas em ação e transformação por um indivíduo que se encontra diante do(s) outro(s), o terapeuta ocupacional (e o aluno). Isso implica em compreender que cada indivíduo tem um fazer singular que veicula aspectos de si, ou assim esperamos quando em uma situação saudável.

São focos que conduzem o olhar observador e também o pensamento do terapeuta sobre a história do paciente (contada por ele e/ou pelo acompanhante) e as necessidades que vão sendo identificadas no sentido de direcionar quais procedimentos serão realizados ao longo da história a ser compartilhada do processo terapêutico.

Esse pensar do terapeuta ocupacional percorre a história das atividades do paciente e da ruptura ou dificuldades de realização de atividades no seu atual cotidiano. É um pensar do terapeuta que constrói uma narrativa do paciente a partir do que lhe foi narrado e dos acontecimentos na relação triádica. O terapeuta ocupacional cria histórias com seus pacientes a partir de suas histórias contadas. Conto, aqui, sobre essas histórias construídas a quatro: terapeuta ocupacional, criança, atividades e aluno(a) em contextos do atendimento individual e em grupo.

Mattingly (2007) fala da natureza narrativa do raciocínio clínico em terapia ocupacional, que aparece de dois modos: ao contar histórias e ao criar histórias. O primeiro modo é quando o terapeuta conta a história de seu paciente, mostra como compreende esse paciente em sua vivência de lidar com a disfunção causada por doença, acidente ou alteração

congênita. A forma como falamos se articula com a forma de nosso pensamento. Narrar a história do paciente indica que essa sucessão de eventos contada é importante no raciocínio do terapeuta, isto é, na forma como penso sobre esse paciente e como procedo com ele e sua atual situação de viver um sofrimento.

O pensamento narrativo, ao contrário do proposicional, abre caminhos para o profissional compreender a experiência vivida pelo indivíduo em sua história singular. É um modo distinto do pensamento proposicional que associa o particular a um quadro geral de uma determinada doença e suas consequências, portanto, desvinculadas da particularidade de quem as enfrenta.

O segundo modo aparece quando o terapeuta ocupacional cria histórias no tempo da clínica, o que a autora denominou de entrelaçamento terapêutico. É uma forma de o terapeuta estruturar a terapia de modo narrativo por meio das atividades que vão possibilitando ao paciente viver experiências terapêuticas.

Goldstein, Kielhofner e Paul-Ward (2004) também apontam para o uso das narrativas ocupacionais dos pacientes pelo terapeuta na condução do processo terapêutico. “A narrativa é um conjunto de eventos, experiências e percepções que são acrescidos de significados e compreendidos/contados como uma história. [...] integra o passado, presente e futuro” (p. 119). Na terapia ocupacional não somente o caráter narrativo qualifica o raciocínio de alguns terapeutas como também está presente nas estratégias para análise dos dados coletados no contexto da pesquisa científica, como em Lawlor (2003) que utilizou o registro das observações dos acontecimentos durante uma sessão de terapia ocupacional para ilustrar a discussão proposta em seu trabalho.

Dessa forma, seguindo os focos descritos, durante os atendimentos, os acontecimentos foram registrados, imediatamente após os encontros com as crianças, para além do que é necessário para o prontuário do paciente. Constitui-se de registros descritivos dos atendimentos, das impressões resultantes da experiência vivenciada com a criança durante as sessões de terapia ocupacional e de hipóteses de procedimentos que se associam em um pensar a terapia ocupacional para cada paciente.

Utilizei um diário de campo no qual compus esses registros, que não necessariamente constaram na evolução do prontuário da criança, decorrentes das discussões dos atendimentos com os alunos que me acompanharam e das questões que emergiram e se associaram às cenas dos atendimentos que ficaram na memória.

Esse recurso me acompanhou durante o mestrado e possibilitou uma coleta de dados rica e detalhada, que foi usada para a realização da discussão na dissertação. Constatei

(TAKATORI, 1999) que o registro no diário de campo durante os próprios encontros com os sujeitos da pesquisa não interferiu na relação estabelecida com as crianças, ao contrário, me colocou como uma pessoa que se importava e se preocupava com elas. Desde minha formação no mestrado, tenho utilizado explicitamente esse registro durante os atendimentos, desde que não me atrapalhe na relação e no fazer com os pacientes. Ele desperta curiosidade dos pacientes que ora gostam de ler o que eu escrevo sobre eles, ora parecem não estar mais atentos a ele após saberem do que se trata. Muitas vezes as crianças, principalmente, me pedem para escrever determinada fala ou comentário, sentindo-se orgulhosas e proprietárias também desse diário ao me ditarem o que devo escrever sobre elas.

Além do diário de campo, utilizei também o registro fotográfico do processo de realização das atividades das crianças e dos produtos finais. As fotos foram usadas para que eu pudesse falar com a criança daquilo que ela produziu, nem sempre reconhecido por ela ou pelo entorno social. Essas fotos foram usadas para a realização de um procedimento, análise de atividades, ao longo dos atendimentos, em uma proposta de rever com a criança tudo o que ela fez na terapia.

Outro recurso utilizado foi a entrevista aberta com os familiares, geralmente, as mães. Conversar com as mães ou outro acompanhante do paciente é rotina nos meus procedimentos clínicos. Para a condução do processo terapêutico, a entrevista nos fornece importantes dados sobre o paciente e como ele é visto em seu dia a dia e em suas atividades. Aqui também, no caso de uma pesquisa científica, possibilita triangulações das informações e observações realizadas, o que favorece a confiabilidade do estudo (MARTINS, 2006).

Ancorado nos referenciais teóricos percorridos nos capítulos anteriores, um roteiro para essa entrevista aberta foi elaborado e utilizado nas conversas que tive com os pais das crianças. Conforme aponta Turato (2003), os saberes teóricos e práticos são pontos de partida da investigação a partir da clínica. Seguindo essa ideia, a condução da entrevista foi norteada por esse roteiro que traz implícito uma compreensão das atividades na terapia ocupacional, como tempo e espaço para viver experiências saudáveis, e o referencial teórico de D. W. Winnicott, em sua concepção do brincar e do ingresso do indivíduo na realidade social e cultural:

- lembranças, memórias, cenas da própria infância (da mãe ou acompanhante entrevistado): as brincadeiras, os brinquedos e jogos;
- descrição do cotidiano do filho;
- o brincar (fazer criativo) de seu filho;

- as brincadeiras, brinquedos e jogos em casa e outros espaços sociais;
- o tempo (da mãe e do filho) para brincar;
- espaços sociais e culturais que o filho frequenta;
- as relações sociais com outras crianças e adultos;
- o tratamento – terapias, consultas – no cotidiano.

Foram realizadas entrevistas com todas as mães e o pai de Isabela que duraram de um a três encontros de uma hora. O tempo foi determinado pela necessidade e forma particular de cada entrevistado falar, o que resultou em entrevistas mais longas e com continuidade em outros dias. Todas foram gravadas em fita cassete, devidamente autorizadas, e transcritas para o uso das informações.

A princípio, tinha como planejamento realizar uma entrevista no início do processo terapêutico e outra, seguindo o mesmo roteiro, ao final da coleta de dados. Entretanto, observei que, tal qual ocorre no acompanhamento de qualquer processo terapêutico, com essas quatro crianças e suas famílias não foi diferente. Isto é, o procedimento de conversar com a mãe ou outro acompanhante, no caso da criança, se dá decorrente das necessidades evidenciadas e percebidas em cada caso: pela necessidade do próprio familiar, que nos convoca para uma conversa mais formal, com tempo e espaço reservado para isso, ou pela percepção do paciente e seu contexto cotidiano familiar, que nos mobiliza a marcar uma nova conversa. Portanto, o recurso da entrevista aberta foi utilizado conforme o processo de terapia ocupacional de cada criança, não sendo, previamente, delimitado o número e o momento da realização das conversas.

Diferentemente da experiência no mestrado, não realizei uma análise da história de cada criança ou de seu processo terapêutico em si. O propósito não foi descrever como a criança chegou na terapia ocupacional e como ela estava no momento da alta por exemplo, mas usar momentos desse processo terapêutico para evidenciar as discussões sobre como uso o brincar nos procedimentos de terapia ocupacional. Tampouco foi avaliar, no final, a participação social das crianças[9], mas evidenciar que os procedimentos do terapeuta podem, numa concepção, voltar para a facilitação da participação social do sujeito alvo da terapia ocupacional.

Na historicidade do cotidiano clínico com essas crianças, utilizei os relatos dos atendimentos de cada criança para falar sobre o uso que faço das atividades, incluindo a brincadeira, e ilustrar a análise dos dados por meio da elaboração e discussão de como é meu

[9] Segundo Law (2002), embora haja poucos instrumentos de avaliação da participação social das crianças, é necessário avaliar os efeitos da intervenção sobre a participação do paciente.

raciocínio durante o proceder com os pacientes. Recorri aos diversos momentos dos atendimentos, cenas da clínica, que ilustram a discussão e a pretensão de mostrar como uso o brincar na terapia ocupacional e como esse uso pode favorecer a participação social das crianças. São reflexões e discussões, com a proposta de sustentar o porquê esse uso do brincar na terapia ocupacional restitui o caráter de atividade humana às brincadeiras indicadas durante os atendimentos e como essas e outras atividades, vivenciadas como experiências criativas, favorecem o ingresso e participação social da criança na realidade cultural e compartilhada.

Além do material decorrente dos atendimentos dessas crianças que acompanhei, como já disse, utilizei também minha experiência atendendo, entre outras populações, crianças e adultos com deficiência que, de certa forma, ao aceitarem fazer terapia ocupacional comigo, me autorizaram a continuamente elaborar, no cotidiano da clínica e a partir da experiência clínica, reflexões sobre a terapia ocupacional e o uso das atividades com o paciente. Foram essas crianças e adultos que, ao me dizerem *"quero brincar ou não consigo brincar"* e *"quero voltar a fazer* (alguma atividade)*"*, de modo direto ou pela fala da família, apontaram para outra possibilidade de compreender as atividades na terapia ocupacional que, somente neste momento, tenho a oportunidade de privilegiar como objeto de estudo, dentro de uma proposta de investigação científica.

> Um dos amigos dissera de uma feita a respeito de Vassíliev, que ele era um homem de talento. Há talentos literários, cênicos, pictóricos, mas ele tinha um talento peculiar: o talento *humano*. Possuía uma intuição sutil, magnífica, para a dor em geral. Assim como um bom ator reflete em si os movimentos e a voz alheios, Vassíliev sabia refletir em sua alma a dor alheia
> (grifo do autor)
>
> (Uma crise
> Anton P. Tchekhov, 1888)

6 MEU NOME, SEU NOME E O QUE ACONTECEU? O INÍCIO DE UMA HISTÓRIA NA TERAPIA OCUPACIONAL

Quando se trata da população infantil, o primeiro atendimento à criança, geralmente, é realizado com a presença do acompanhante. Uma primeira conversa com o familiar, frequentemente a mãe, e observações iniciais da criança, muitas vezes com a necessidade de certa distância física, devido ao estranhamento que a criança sente na situação, são suficientes para avaliar se há indicação ou não para a terapia ocupacional. Após esse início de apresentação, quando também digo quem eu sou e falo sobre as atividades como centrais nessa forma de cuidar, os atendimentos têm continuidade, agora, com maior proximidade minha em relação à criança e, geralmente, sem a presença do acompanhante, salvo quando se trata de um bebê ou uma criança com maiores dificuldades de se afastar da pessoa que lhe é familiar. Aqui começa nossa história: da criança, de suas atividades e das atividades da terapeuta.

6.1 O PRIMEIRO ATENDIMENTO

Nesse primeiro atendimento, após apresentações, sempre pergunto ao familiar o que aconteceu para serem encaminhados ao terapeuta ocupacional ou buscarem “tratamentos” tais como o de fisioterapia, de fonoaudiologia, médicos e/ou de psicologia. Essa pergunta desencadeia o início do relato de uma longa história de descoberta de um diagnóstico ou de um desenvolvimento que não caminha como o esperado. Essa história, geralmente, já foi contada várias vezes para diversos profissionais e pode vir resumida pela repetitividade de seu relato, acompanhada de lágrimas, de expressões de cansaço, de ansiedade, entre outras situações que manifestam uma longa jornada que está e continuará sendo percorrida em busca de respostas, soluções e alívio.

Apesar do sofrimento que a situação impõe, essa conversa inicial é necessária para me ajudar a dizer quem é o paciente, o que lhe aconteceu e quais são as necessidades, conforme o discurso do acompanhante adulto. Trata-se do relato da história de uma pessoa com quem vou passar a compartilhar, a partir de então, experiências que passarão a fazer parte de sua história. Estou falando de um recorte temporal e espacial onde a história do processo

terapêutico se dará: das diversas atividades que o paciente irá realizar, comentar, propor, não fazer, desistir, gostar, não gostar, resistir, pensar, em uma trajetória que pretende ser saudável ao paciente para que ele leve consigo nossa história e continue em seu cotidiano sem mais a necessidade da presença de um terapeuta ocupacional.

Como disse por ocasião do meu mestrado (TAKATORI, 1999), é nesse primeiro encontro que começa nossa história atual, das atividades vivenciadas na relação triádica, que traz ao terapeuta informações sobre quem é o paciente e quais são suas necessidades. Nossa história, construída no contexto do processo de terapia, me aproxima da história total do indivíduo, nunca de todo alcançada, mas o suficiente para a elaboração de uma proposta de cuidado à sua saúde e proceder de modo singular com cada paciente.

De modo semelhante, Mattingly (2007) apresenta uma maneira de explicar essa construção histórica na relação triádica:

> A terapia pode ser vista como uma curta história dentro da longa história de vida do paciente. [...] O que chamamos de história é precisamente esta ordenação de uma sucessão de eventos (i.e., uma série de atividades de tratamento) em partes que pertencem a uma narrativa maior e global (p. 13).

Meu pensamento percorre um raciocínio que não se dá em uma linha que conecta doença, consequências e tratamento. Isso fica evidente também na forma como o profissional escreve sobre o paciente, nos relatórios, na apresentação de um caso clínico ou na evolução dos aspectos de saúde no prontuário. Proponho narrar trechos da história de alguns pacientes que foram a mim narrados e trechos de histórias construídas e compartilhadas a partir do fazer atividades na relação terapêutica, para apresentar e colocar em discussão como tenho feito e pensado a terapia ocupacional e as atividades do brincar.

6.1.1 O primeiro encontro com Isabela e sua mãe

Isabela tinha 3 anos e 7 meses e foi trazida na primeira consulta de terapia ocupacional pela mãe e pela “moça” que também cuidava dela três vezes por semana. Ao entrarmos na sala, a “moça” preferiu esperar lá fora. Isabela foi encaminhada à terapia ocupacional pelo neuropediatra.

Enquanto conversei com a mãe, Isabela ficou sentada no colchonete brincando com os alunos. No decorrer dessa conversa, alguns olhares para Isabela me permitiram observar

que permaneceu atenta às brincadeiras de faz de conta, à exploração de um livro sonoro e aos alunos. Muitas vezes, ria alto e em nenhum momento percebi que havia se distraído com a "conversa dos adultos".

Quando solicitei para mãe contar o porquê da procura da terapia ocupacional, iniciou dizendo: *"Não sei se foi erro médico, se foi acidente"*.

O nascimento de Isabela foi marcado por várias intercorrências que resultaram em uma paralisia cerebral evidenciando dificuldades de coordenação motora global e, de modo mais intenso, intelectuais. Tinha astigmatismo com grau elevado para a idade.

Os acontecimentos antes e durante o parto foram relatados de modo dramático pela mãe (também pelo pai em uma das entrevistas realizadas, posteriormente, com o casal). A mãe já havia chegado ao hospital com fortes dores. Houve alguns problemas durante o processo burocrático de internação. *"O médico foi para a sala de parto já nervoso"*, disse a mãe. Resolveu fazer o parto, sendo que a mãe desejava que fosse feito um ultrassom antes. Houve uma discussão entre os médicos durante o parto. A instrumentadora do seu médico foi impedida de entrar na sala. O filmador desmaiou. Uma das auxiliares caiu sobre a mãe. Isabela nasceu de parto cesáreo, segundo a mãe, com 9 meses e 2 dias. Teve uma anóxia neonatal, foi entubada durante 8 horas e ficou 5 dias internada. Ao nascer, Isabela não chorou. Seu Apgar[1] foi 1 e 4, peso ao nascer, 3115 g., e peso de alta, 3010 g.

A mãe contou que colocaram Isabela entubada sobre ela e disseram: *"sua filha nasceu morta"*. O médico saiu da sala chorando. *"De início os médicos disseram que não ia andar"*. *"Eu ia num lugar e me desenganavam"*. Com 1 mês e 3 dias teve pneumonia e convulsão, ficou 20 dias internada. Nessas horas relatou que a filha fica com *"ar de tristeza, vontade de ficar deitada"*, embora não chore, continue a comer e nem sempre apresente febre.

Iniciou fisioterapia, particular e em uma clínica do seu convênio, desde os 3 meses de idade. *"Era muito mole, com 1 ano não falava, não andava. Com 1 ano e 6 meses começou engatinhar na fisioterapia e daí para frente foi se desenvolvendo"*. Nessa época também iniciou fonoaudiologia. Com 1 ano e 9 meses ficou em pé com apoio. Começou a bater palmas com 2 anos. Andou com 2 anos e 6 meses.

[1] O boletim de Apgar é um índice que se refere à frequência cardíaca, esforço respiratório, tono muscular, cor da pele e resposta aos estímulos. De acordo com um critério arbitrário são dadas notas de 0 a 2 para cada um desses itens no primeiro e quinto minutos de vida do bebê e quando as notas são inferiores a 6 pode se repetir no décimo minuto. É utilizado para avaliar o grau de sofrimento asfíxico do recém-nascido. No entanto, é necessário avaliar esse dado com os demais na história do bebê, uma vez que essas notas podem não significar de fato as reais condições do bebê.

Isabela andava de modo independente com incoordenação motora e se comunicava, com dificuldades, através de sons, algumas palavras e gestos. Falava “mamâ”, “papá”, “água”. Começou a apontar para o que queria havia três meses.

Em relação ao dia a dia, a mãe contou que Isabela assistia à televisão, especialmente o programa Cocoricó, pegava os brinquedos e os jogava. Gostava de dançar e de ver bicicleta em movimento apesar de temer aproximar-se dela. Incomodava-se com sujeiras, por exemplo, quando a comida caía no seu colo, levantando as mãos. Era dependente nas atividades de autocuidado[2] e ainda não tinha controle esfincteriano.

A mãe falou da exclusão social que Isabela sofria e por isso pensava em esperar mais um pouco para colocá-la na escola. Disse que a filha não falava, não tinha atenção e ficaria difícil estar na escola naquele momento. Comentou da prima de Isabela que tinha a mesma idade e ficava dizendo para ela ficar sentada porque não sabia brincar. Lembrou-se que a filha não gostava de criança, ficava nervosa, mas estava se acostumando e aprendendo a fazer carinho em outras crianças.

O que me chamou a atenção quando conversei com a mãe nesse primeiro encontro, foi sua fala acerca do não brincar da filha e das suas próprias dificuldades em relação a essa atividade. A mãe disse: *“Comigo ela não se desenvolve, não quer brincar. Eu não sabia brincar com ela, eu não brinquei na minha vida. Eu não tenho o dom, paciência com ela”*. Quando perguntei sobre a expectativa dela em relação à terapia ocupacional, disse: *“Eu sei que nada é mágico, espero que melhore na atenção, aprenda a brincar, a encaixar”*.

Conforme minha forma de pensar os procedimentos de terapia ocupacional, que ao longo do trabalho irei discutir, as palavras da mãe e as primeiras observações de Isabela, atenta e tentando imitar os alunos nas brincadeiras, foram suficientes para confirmar sua indicação para fazer terapia ocupacional.

Enquanto conversava com a mãe, os alunos ficaram com Isabela. Mostraram a ela um livro com botões que, acionados, emitiam sons associados às figuras e Isabela observou seus gestos e falas, participando a seu modo da situação. Embora atenta, Isabela mostrou dificuldades para manusear o brinquedo, não somente por razões motoras (em uma primeira avaliação e observação, leves), mas pela dificuldade de compreensão, que fazia sua ação, com o brinquedo e com as pessoas, não fluir.

[2] Referem-se às atividades de cuidados pessoais (como a higiene, a alimentação e o vestuário), incluindo os controles intestinal e vesical e a mobilidade (CHRISTIANSEN, 1994 apud HASSELKUS, 2002). Trombly e Radomski (2005) utilizam esse termo como sinônimo das atividades básicas da vida diária – ABVD.

Ao final da conversa, a mãe mostrou-se satisfeita e aliviada por ter conseguido a terapia. Isabela despediu-se dos brinquedos e das pessoas.

Considerando meu retorno aos atendimentos, dentro do contexto do desafio de fazer uma tese de doutorado, Isabela foi um presente para mim, na medida em que sua dificuldade, destacada pela mãe e observada na situação inicial da terapia, era o fato de não brincar, preocupação central do terapeuta ocupacional que avalia e cuida do paciente utilizando atividades. Espero que eu também tenha sido "um presente" para ela na intenção e ação de ter favorecido seu desenvolvimento e saúde, por meio do brincar e na direção dele.

6.1.2 O primeiro encontro com XLR-8 e sua mãe

XLR-8, 6 anos, veio acompanhado da mãe. Assim que entrou na sala, dirigiu-se à mesa de criança, onde estavam os alunos. Desenhou e brincou com jogos. No entanto, estava bastante atento à conversa entre eu e sua mãe.

A mãe já começou falando sobre o problema: *"Como se não existisse a esquerda, a paralisia afetou a esquerda"*, apontando para o filho.

Contou que "*aparentemente nasceu bem, de parto cesáreo"* e com 6 meses de idade *"a mãozinha ficou parada"*. Comentou com o pediatra, mas foi por conta própria que marcou consulta com neuropediatra. Assim que o médico viu XLR-8 disse: *"Seu filho teve paralisia cerebral, corre que tem chance de ser normal"*. Desde então a mãe buscou tratamentos e terapias para o filho. XLR-8 tem hemiparesia e alteração de sensibilidade no hemicorpo esquerdo.

A mãe contou a história de modo rápido, como quem não quer esquecer de nenhum detalhe a ser dito nesse primeiro encontro: *"tem aprendizado normal"; "manusear a tesoura não consegue"; "tá maior a dificuldade dele, aumenta a procura da mão esquerda"; "não pedala e escorrega no pedal"; "quando não consegue ou está difícil, diz – 'Ah, não quero mais'; não consegue, desiste"; "tênis e meia, difícil"; "é um pouco preguiçoso"*. Ressaltou que foi o filho quem pediu para vir na terapia ocupacional: *"Começa a ter vergonha e sabe que na T.O. ensina"*.

XLR-8 já havia feito terapia ocupacional e fazia hidroterapia, fisioterapia e fonoaudiologia.

A mãe apontou suas preocupações quanto ao aspecto físico e postura do filho: *"está andando na ponta do pé", "vira o corpo para a direita",* comentando dos desvios na coluna e da posição do joelho esquerdo, em hiperextensão. Relatou que XLR-8 *"age como se não tivesse a mão esquerda",* só a usa quando realmente precisa e se algo lhe interessa muito.

Quanto ao dia a dia do filho, disse que acordava às 6:30, tomava mamadeira (contou que deixou de usar chupeta há um ano e estava diminuindo o uso da mamadeira, restrita às manhãs, uma vez que, devido à correria e falta de tempo para tomar um bom café da manhã, a mãe preferia manter a mamadeira para que o filho não fosse à escola sem ingerir nada e complementou que acha que com isso *"ele se sente protegido"*), ficava na escola das 7:30 às 11:30, exceto às terças-feiras quando tinha aula de judô. Almoçava, fazia lição de casa, ia brincar (às vezes com um amigo que tinha 8 anos, cuja madrinha morava na mesma rua), tomava banho, jantava, via televisão e dormia. XLR-8, segundo a mãe, gostava de música, brincar de carro, luta e detetive. Comentou que o filho era ansioso.

XLR-8 morava com os pais, a irmã de 24 anos, que em breve ia casar, e o irmão de 19 anos.

Observei que a mãe era bastante ansiosa, querendo trazer o máximo de informações sobre o filho. Deixou um relatório feito pela escola que apontava as habilidades e dificuldades da criança. A mãe fazia psicoterapia.

No final da conversa, a mãe perguntou a XLR-8 se o que ela tinha dito estava certo e se ela não havia esquecido de nada. Perguntou também se ele se lembrava de alguma dificuldade que ele sentia e que a mãe não havia dito. XLR-8 não acrescentou nada e concordou com a mãe.

O que a mãe nos havia dito era o suficiente para confirmar a indicação de terapia ocupacional: XLR-8 frequentava a escola, brincava no seu dia a dia, mas havia situações de dificuldades no fazer em função das alterações motoras e, provavelmente, da sensibilidade no hemicorpo esquerdo, acentuado no membro superior, decorrente da paralisia cerebral.

6.1.3 O reencontro com *Hot Park* e sua mãe

Conheci *Hot Park* quando ele tinha 5 anos, pois já havia sido atendido por estagiárias sob minha supervisão. Depois, em função de mudanças de horários, meus, da escola e dos demais tratamentos, como a fisioterapia, *Hot Park* continuou a fazer terapia ocupacional com

outra docente supervisora que, ao me (re)encaminhar *Hot Park*, relatou sua preocupação em relação ao pouco tempo que a criança tinha para brincar. *Hot Park*, então com 8 anos de idade, estudava e fazia fisioterapia, natação, terapia ocupacional e não sobrava tempo para brincar. Essa questão já era presente desde os atendimentos com minha estagiária.

Nesse reencontro, veio trazido pela mãe. *Hot Park* não se lembrava de mim, mas disse lembrar-se da estagiária, com quem teve um processo bastante intenso e proveitoso.

Como a mãe já havia me dito que não gostaria de repetir toda a história inicial, justificando que o filho estava *"cansado"* dessa situação, resolvi perguntar a *Hot Park* se ele gostaria de entrar comigo no atendimento sozinho. Ele concordou. Nesse dia não havia alunos.

Com um jeito tímido, foi até a sala. Logo que viu sobre a mesa os materiais do atendimento anterior, *Hot Park* se mostrou interessado e disse que gostava de desenhar.

Perguntei sobre a escola e seu dia a dia. Estava cursando, no período da manhã, a segunda série. Havia ingressado aquele ano na atual escola. Disse ter amigos, Gabriel era o seu melhor amigo da escola. Falou que tinha matérias como português, matemática, história, geografia, inglês e educação física. Fazia esporte, atividade extracurricular, às segundas-feiras à tarde. Após voltar da escola, almoçava e ia fazer a lição.

Perguntei-lhe o que gostava de fazer. Respondeu-me que gostava de desenhar, escrever, pintar e assistir à televisão. Qual programa, perguntei? Respondeu-me: *"Um monte de coisa"*. Após eu perguntar de novo o que mais fazia em casa, complementou que brincava de bola, balanço, piscina e de correr. Na escola, o que mais gostava era brincar de pega-pega e pular corda. Disse: *"Eu caio até"*.

Nesse primeiro encontro, observei, na atividade de desenhar, que *Hot Park* demorou para decidir o que ia fazer e me perguntou o que eu ia fazer, como se estivesse me esperando para que pudesse favorecê-lo em alguma ideia. Essa situação se repetiu com frequência em outras atividades de *Hot Park* durante os atendimentos seguintes. Fez dois desenhos nesse atendimento. Um deles, foi um sorveteiro com seu carrinho e amostras de sorvetes. Pareceu-me que essa ideia foi auxiliada pelo desenho que eu também estava fazendo. O segundo desenho surgiu com maior facilidade, desenhando um zoológico *"sem jaulas"*, um macaco, um urso e um leão. Em relação a esse desenho, disse: *"Não sei se você vai gostar"*. E em relação ao primeiro desenho, comentou que a pintura havia ficado feia.

Hot Park nasceu de parto cesáreo, pré-termo. Por volta dos seis meses de idade sua mãe notou que seu lado direito mexia menos. Foi diagnosticado acidente vascular encefálico esquerdo intrauterino.

Durante as atividades, *Hot Park* usou o membro superior direito para apoiar a folha sobre a mesa, nem sempre sendo efetivo. Seu punho permaneceu em flexão. Sentou-se na cadeira sem se arrumar em relação à mesa, a cadeira estava de lado e afastada da mesa. *Hot Park* andava de modo independente, apresentando maiores dificuldades sensoriais e motoras no membro superior. Terminado os desenhos, pediu para jogar bola ao cesto. Observei e comentei que tem boa pontaria. Venceu o jogo.

Quando a mãe entrou na sala, no final do atendimento, comentou que *Hot Park* estava usando a órtese de abdução de polegar na escola, exigindo menos do filho quando está em casa. Apontou que, desde o final dos atendimentos de fisioterapia em 2006, percebeu que o membro superior direito estava menos *"alongado"*. Apresentava reação associada: espasticidade em flexores de cotovelo, de punho e de dedos e nos adutores de polegar. O membro superior direito apresentava uma discreta atrofia em comparação com o esquerdo. Quando estava tranquilo durante a movimentação passiva, os movimentos eram facilmente realizados. Notei um corte, já cicatrizado, na região anterior do membro superior direito, no segmento da articulação do cotovelo. Perguntei-lhe o que tinha acontecido, ele disse que caiu do escorregador.

Hot Park fazia natação, uma vez por semana, e terapia ocupacional. A mãe solicitou aumentar as sessões de terapia ocupacional.

Nesse primeiro dia, um comentário da mãe permaneceu forte nas minhas lembranças: disse que o filho não gostava de futebol, pois na escola os colegas não passavam a bola para ele. Situações de dificuldades de participação social, falta de tempo para brincar em função dos tratamentos e outras atividades, e uma preocupação intensa de *Hot Park* com as ações, aprovações e reações do outro me chamaram a atenção.

6.1.4 O primeiro encontro com Caio e sua irmã: o início de uma história curta

Caio, 7 anos de idade, e sua irmã vieram ao primeiro encontro. Caio ficou atento e concentrado na atividade de desenho enquanto eu conversava com sua irmã. Nesse dia não havia alunos, Caio ficou realizando sua atividade, sozinho, na nossa presença. A princípio parecia não ter dificuldades. Mas, certamente, começaria a ter limitações em seu fazer uma vez que tem uma doença muscular progressiva. Como disse a irmã, *"É um nome difícil, é da genética, atrofia os músculos dele. Quando descobriram a doença já estava bastante*

avançada"[3]. Quanto às suas atividades, a irmã comentou que ele não acompanhava os sobrinhos de 8 e 4 anos nas brincadeiras. *"Criança de 2 anos está ótimo pra ele, brincadeira de encaixe"*. A proximidade da morte e seu desejo de ser caminhoneiro, sabendo que suas atividades se tornariam cada vez mais restritas, para mim, ficaram evidenciados nesse primeiro encontro. Caio havia desenhado um lindo caminhão.

Além de Isabela, XLR-8, *Hot Park* e Caio, outras crianças e adultos com suas histórias estarão me auxiliando daqui para frente nessa apresentação e discussão que proponho sobre uma forma de proceder na clínica de terapia ocupacional. São histórias compostas pelas narrativas do primeiro encontro, decorrentes de um olhar atento e narrador de parte da historicidade do paciente e dos acontecimentos no *setting* da terapia ocupacional (registrados no diário de campo), quando possível, acrescentadas com as entrevistas com os familiares e informações de outros profissionais contidas no prontuário e no encaminhamento.

6.2 PRIMEIRAS ATIVIDADES: PROCESSO DE AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA HISTORICIDADE DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

As atividades são consideradas instrumentos dos procedimentos do terapeuta ocupacional. Isso significa que a maneira como o terapeuta avalia o paciente, em suas dificuldades, potencialidades e alterações nas atividades cotidianas, como utiliza as atividades no contexto da relação terapêutica e a maneira como realiza um determinado tipo de raciocínio sobre esse uso das atividades (como forma de lidar com as causas das dificuldades enfrentadas, de tratar as consequências e/ou de cuidar do sofrimento do paciente), caracterizam as diversas formas de praticar a profissão terapia ocupacional.

Observar o paciente na relação triádica é um dos caminhos para avaliá-lo. É conhecê-lo realizando atividades no contexto de uma relação que se propõe ser terapêutica, na qual as atividades (aqui, no seu sentido circunscrito às técnicas de realização) são ora preparadas, planejadas e previamente indicadas, ora decorrentes de situações espontâneas e inesperadas, mas sempre possibilitadas e instigadas no sentido da saúde.

Novamente, esclareço que essas técnicas de atividades colocadas, de modo particular, em processo pelo paciente são denominadas também de atividades, aqui não mais

[3] Caio tem distrofia muscular progressiva do tipo Duchenne (Cf. nota 8 do capítulo 5).

delimitadas às suas técnicas de realização, mas como experiências significativas para o paciente, se possível criativas, e que aconteçam na área do brincar postulado por Winnicott (1971a), que incluem a brincadeira e o jogo de regras e muitas outras formas de atividades humanas. Rosa (2002) explica essa noção de brincar enfatizando a qualidade de relação que o indivíduo estabelece com os objetos do mundo externo, reforçando que tanto a criança quanto o adulto podem e necessitam brincar, a partir desse conceito do fazer criativo.

Saber o que, como, com quem, com o quê o paciente faz (e fazia) as suas atividades e daquelas que ele não faz e o porquê não as realiza, é um dos pontos de partida para pensar nas necessidades do paciente, no percurso que visualizo para cada paciente e com ele e, portanto, nos objetivos e procedimentos para alcançá-los.

A avaliação como ponto de partida, ao mesmo tempo que indica o início de uma história compartilhada e feita de atividades com o paciente, tem o sentido de continuidade, isto é, cada momento vivido na relação triádica integra essa história cujos participantes estão sempre caminhando para o adiante, considerando o que já foi, mas indo para a direção do que está por vir, pautado nas possibilidades, potencialidades, crescimento, desenvolvimento, desejos, novidades, construção, transformação e crença. Para tal, exercito um olhar cuidadoso sobre o paciente e os nossos acontecimentos na relação terapêutica:

> Quando falamos no olhar ampliado sobre a criança e seu fazer, incluindo o ambiente físico e humano, portanto as relações contextualizadas das quais compartilha, queremos enfatizar a importância da observação para a composição de um diagnóstico e conseqüente caminho interventivo. [...] um *olhar ampliado* sobre a *criança* e seu *cotidiano* para a construção de sua *história atual* [grifos nossos], a qual pertence toda a história desde o planejamento, concepção, gestação, nascimento e primórdios do desenvolvimento. E com essa história atual planejar uma intervenção que tenha sentido para a criança, isto é, que possa atender suas necessidades (TAKATORI, 1999, p. 207).

Adiante, tal qual fiz durante o mestrado, recorrerei à experiência que tenho no atendimento às crianças, mas ressalto que utilizo essa mesma compreensão de como proceder e pensar na terapia ocupacional com cada paciente, quando esse indivíduo é um adulto ou idoso.

Isabela, diante do brinquedo de construção Pequeno Engenheiro, olhava enquanto eu montava uma pequena cidade com casas térreas, sobrados, pontes e igrejas. Mas Isabela começou a pegar as peças, uma a uma, e dá-las para segurar e depois tomava-as de volta. A brincadeira se repetiu, por diversas vezes, acompanhada dos gritos e gargalhadas de Isabela. Para ela, naquele momento, não fazia sentido montar uma cidade, afinal, o que eram casas

térreas e sobrados? Seu jogo era outro e pôde mostrá-lo a mim como quem diz: “eu brinco (faço) desse jeito” (TAKATORI, et al., 2007).

> *(...) Com o telefone, semelhante situação aconteceu. Isabela pegava o telefone, dava e tomava-o de mim. Não brincou de falar ao telefone.* (2º atendimento)

> *Ela mostrou que queria brincar com as bolinhas, da mesma forma que nos atendimentos anteriores: ela pegava uma a uma e me dava. Depois tomava uma a uma de mim e as colocava na bacia.* (4º atendimento)

XLR-8 não para, sempre agitado, realizando as coisas com pressa, várias atividades ao mesmo tempo, mas, ao longo do processo de terapia, foi possível conhecer outros aspectos dessa criança, possibilidades e potencialidades. Segundo a mãe, foi o próprio XLR-8 que pediu para voltar a fazer terapia ocupacional, pois sabia que nela iria *“aprender”*. Ao pensar nele imagino-o dizendo: “sou ávido, inquieto, curioso, muitas vezes apressado e desorganizado, mas interessado na vida e em tudo que ela pode me oferecer”.

> XLR-8 parece sempre ter pressa e a pressa é expressa na sua narrativa. Outro dia, assim que avistou sua mãe na sala de espera, ao final do atendimento, contou sobre o que jogou, dizendo das bombas, da bandeira a ser protegida do adversário, de quem derrotou quem. Sua mãe mal conseguia falar conosco sobre uma dúvida acerca da terapia. XLR-8 saiu da clínica contando ainda sobre o jogo. Afora a pressa que é expressa, muitas vezes, no seu fazer, podemos pensar em: o que é expresso? A matéria-prima da narrativa é a experiência vivida, portanto, ao narrar comunicamos e intercambiamos experiências. XLR-8 contou a sua mãe, avidamente e com entusiasmo, aquilo que ele viveu sem pressa. A pressa não foi observada ao montar o tabuleiro ou realizar as jogadas. Esse jogo requer um tempo longo e XLR-8 ingressou nesse ritmo. Concentrado, atento e interessado, XLR-8 jogou Combate aprendendo as regras e respeitando-as na medida em que seu momento do desenvolvimento lhe permitia (TAKATORI et al., 2007, p. 101).

As atividades constituintes da relação terapêutica dão ao terapeuta ocupacional possibilidades singulares de condições para lidar com os acontecimentos da clínica. Entre outras situações que elas nos possibilitam por estarem conosco, terapeuta e paciente, facilitar a comunicação é uma delas. No silêncio das palavras, os gestos do paciente ao realizar atividades na terapia ocupacional nos dizem coisas. Tenho a impressão que *Hot Park* parecia dizer a mim e ao mundo: “eu sou e faço assim, olhem!”

> *Hot Park* é habilidoso, tem boa pontaria e somente com uma mão encesta várias bolas. Num longo corredor ao ar livre, brincamos de arremessar bola, variando formas do arremesso e regras para catar a bola, como, por exemplo, pegar a bola no ar ou deixá-la bater uma vez no chão. *Hot Park* jogava com a mão esquerda, quase sem uso da mão direita que tem alterações no movimento. *Hot Park* mostrou ter direção ao jogar a bola, boa pegada, ótima coordenação e arremesso. Jogou de modo diferente da maioria? Diferente, mas eficiente para si, pois se comunicou com o outro, e suficiente para poder brincar, agir e fazer naquele contexto (TAKATORI et al., 2007, p. 102).

Como diz Arendt (1958), “desprovida de um nome, de um ‘quem’ a ela associado, a ação perde todo sentido, ao passo que a obra de arte conserva sua relevância, quer saibamos ou não o nome do autor” (p. 193). Essas produções não sao obras de arte, que também constituem o acervo de uma cultura, nem brincadeiras tradicionais, como a amarelinha, com seu lugar consagrado na história da humanidade, mas são formas de brincar, maneiras do fazer de Isabela, XLR-8, *Hot Park* e tantas outras crianças.

No entanto, nem sempre isso é visto. Winnicott (1971b) relata um caso de um paciente que atendeu e sobre a necessidade de a pessoa ser amada tal qual é: a história de Iiro, 9 anos e 6 meses.

Trata-se de um menino com o qual realizou uma entrevista, mesmo não havendo queixa ou solicitação de um psiquiatra infantil. A criança estava sendo acompanhada no setor de ortopedia de um hospital infantil na Finlândia. Entre conversas a partir do jogo dos rabiscos, Winnicott foi realizando descobertas surpreendentes sobre como esse menino foi significando sua experiência a partir da própria corporeidade e como havia um sofrimento singular por não ter podido ser, isto é, por não ter sido amado como, de fato, ele é, com sua deficiência e limitações. O menino estava no hospital devido a um problema congênito, sindactilismo, tendo sido submetido a várias cirurgias de correção. Por meio do jogo dos rabiscos essa criança pôde falar sobre sua deficiência e dificuldades com Winnicott. Essas descobertas foram confirmadas pela entrevista que fez com a mãe que verbalizou, de forma sofrida, sobre sua obsessão de buscar a correção da deformidade dos dedos do pé e da mão de Iiro através de cirurgias. A mãe nasceu com as mesmas deformidades e temia que um de seus filhos herdasse esse problema, o que significaria, para ela, uma punição. Dessa forma as cirurgias eram formas de compensar seu filho por essa herança, diminuindo sua culpa e podendo amá-lo. O mesmo movimento realizava Iiro ao persistir nas correções cirúrgicas para, de certa forma, pagar pelo amor que recebia da mãe. No caso dessa criança, o cirurgião ortopédico havia notado esse impulso obsessivo de recorrer às cirurgias e, após as entrevistas com a criança e a mãe e a discussão desse caso com a equipe do hospital, uma atitude mais realística foi tomada na condução do tratamento, com maior aceitação dos limites.

Utilizei esse caso para a discussão da minha pesquisa no mestrado (TAKATORI, 1999) e volto a ele sempre, pois aborda a história de uma criança que tem a necessidade de cuidados de uma equipe de saúde, a princípio, em decorrência de sua deficiência física, porém Winnicott (1971b) evidenciou as necessidades emocionais dessa criança que nem sempre

foram reconhecidas, situação, muitas vezes, verificada no processo de intervenção em reabilitação com as pessoas que têm deficiências.

Na situação de atendimento de uma criança, por não sermos de fato a mãe dela, o viés da expectativa e do desejo de encontrar nela a criança esperada e imaginada, antes mesmo de sua aparição, não ocorre com a mesma intensidade. Isso favorece o terapeuta ter outra leitura da situação observada do paciente, diferente do que a mãe ou o pai veem no filho. Percebo também que a crença na possibilidade de a criança "conseguir fazer" ocorre com menos receio de falhas do que quando se está no papel de mãe ou pai. O terapeuta aposta no paciente tal qual uma mãe faz com seu filho, mas, se o filho não conseguir, o sofrimento que se derrama sobre a família, em especial a mãe, é de outra ordem.

Volto aos registros do primeiro dia de atendimento de Isabela, em que há um trecho inicial dos acontecimentos que diz:

> *Enquanto conversei com a mãe, Isabela ficou brincando com os alunos, sentada no colchonete. Permaneceu atenta às brincadeiras de faz de conta e aos alunos, muitas vezes, rindo alto. Em nenhum momento percebi que havia se distraído com a "conversa" dos adultos.*

E, mais adiante, um trecho no final do registro desse mesmo dia de atendimento:

> *(...) Quando perguntei sobre sua expectativa diante da terapia ocupacional, a mãe disse "Eu sei que nada é mágico" e complementou que espera que a filha melhore na atenção, aprenda a brincar, a encaixar.*

A releitura desses dois trechos remeteu-me à ideia da diferença entre o discurso materno e minha percepção inicial da criança ao vê-la entretida com as atividades junto aos alunos, em um espaço e com pessoas que ela jamais havia visto antes, o que provocou um estranhamento naquele momento, pois me parecia que a dificuldade de Isabela não era em relação à atenção. Mais tarde, a avaliação apontou para uma dificuldade de compreensão e aprendizado das situações, tal qual seria quando colocamos um bebê muito pequeno diante de uma circunstância complexa que ainda não é capaz de compreender devido ao seu momento de desenvolvimento.

As sensações de estranhamento, em qualquer momento do processo terapêutico, merecem atenção, pois podem apontar para importantes informações sobre as necessidades do paciente que não estão sendo vistas pela família ou pelo profissional. Elas podem ser usadas no raciocínio sobre o processo terapêutico do paciente e, muitas vezes, norteiam os procedimentos do terapeuta. No caso de Isabela, penso que ela demonstrou peculiaridades do fazer que aparecem no desenvolvimento de qualquer criança que ensaia, entre acertos e erros,

nas atividades, o que está começando a compreender. Como no dia em que observei Isabela tentando comer sozinha:

> *(...) Não conseguia levar a colher até a boca mantendo-a virada para cima e não conseguia sozinha pegar o iogurte com a colher, mas sabia molhar a colher e levá-la até a boca. O pai, enquanto Isabela tentava comer sozinha, fez o seguinte comentário: "Quando come não presta atenção no que está fazendo"*. (12º atendimento)

Ao pensar nessa cena, lembro-me dos bebês de um a dois anos que estão começando a experimentar comer sozinhos com a colher. No início, esses bebês tentam, de modo desajeitado, segurar a colher na mão, ora na direita ora na esquerda sem ter no início preferência. Depois, após baterem a colher na mesa, no recipiente de comida, no prato, levá-la à cabeça ou à outra mão, vão entendendo para que serve uma colher e ensaiam o movimento entre o recipiente de comida e a boca, ainda sem precisão na direção do movimento e no posicionamento do utensílio. Embora não saibam pegar o alimento nem levar o utensílio à boca mantendo o alimento sem derramá-lo, embebem a colher na comida e a levam à boca para saborear.

Ainda penso que não se tratava de falta de atenção, mas do momento do desenvolvimento dela e, talvez, uma dificuldade de compreender novas situações, o que levava à necessidade de um tempo maior para Isabela mudar e adquirir novos fazeres. Outra questão que se evidenciava e levava a pensar na dificuldade de Isabela como decorrente da "falta de atenção" era a incongruência entre sua forma de fazer as coisas e sua idade cronológica. Espera-se essa forma de "comer" em uma criança entre um a dois anos, mas não em uma criança de três anos. O tempo cronológico provoca expectativas nas pessoas que tem a referência do desenvolvimento de outros filhos e de outras crianças.

Apesar da formação profissional e de não haver laços familiares, os profissionais também não estão livres de terem essas expectativas com relação ao paciente. Por meio de um processo transferencial ou mesmo pelas dificuldades inerentes à prática de ser, nesse caso, terapeuta ocupacional, o profissional vive situações de impotência diante das limitações que o paciente tem e que podem ofuscar sua visão em relação às capacidades, habilidades, potencialidades e forma de ser desse paciente, preponderando o desejo de vê-lo sem suas dificuldades e a distorção do conhecimento de quem ele é e do que necessita. Enfim, não há como escapar dessas armadilhas quando se trata de relações entre humanos.

É necessário, tal qual diz Freire (2002), no contexto do ensino, ter o bom senso:

> O meu bom senso me adverte de que há algo a ser compreendido no comportamento de Pedrinho, silencioso, assustado, distante, temeroso,

> escondendo-se de si mesmo. O bom senso me faz ver que o problema não está nos outros meninos, na sua inquietação, no seu alvoroço, na sua vitalidade. O meu bom senso não me diz o que é, mas deixa claro que há algo que precisa ser sabido. [...] Não tenho dúvida do insucesso do cientista a quem falte a capacidade de adivinhar, o sentido da desconfiança, a abertura à dúvida, a inquietação de quem não se acha demasiado certo das certezas (p. 70).

Por isso, é necessário observar, refletir sobre a própria prática profissional, realizar supervisão e discutir o processo terapêutico com terapeutas ocupacionais e outros profissionais, e conversar sobre essas percepções com a família e quando possível com a própria criança.

Também nessas situações iniciais do paciente realizando atividades e ao longo dos atendimentos, considerando a avaliação um processo contínuo, na medida em que indicamos e propomos atividades, evidenciam-se outros aspectos do seu desenvolvimento — social, motor, perceptual e cognitivo —, importantes no processo de avaliação do paciente.

> A realização de atividades, como fonte de informação, nos possibilita construir um diagnóstico, traçar hipóteses e caminhos para a intervenção. No processo de realização das atividades e resultado de uma análise contextual, podemos obter informações daquele que faz, sobre seu movimento, posicionamento, tônus, sensibilidade, habilidades motoras, percepções, e também sobre suas necessidades, gostos, preferências, significados atribuídos, compondo uma totalidade que nos faz aproximar de sua forma de ser (TAKATORI, 1999, p. 218).

Apesar de evitar os contatos físicos, Isabela desde o início mostrou-se bastante afetiva e procurou se relacionar com os outros.

> *Olhamos o livro e Isabela compreendia que ao apertar os botões, um som diferente aparecia. Virou as folhas do livro com mais dificuldade, necessitando de uma orientação. Ela brincou olhando para o brinquedo e, após um gesto seu, olhava para mim esperando uma reação minha. Junto com minha reação, ela emitia risos e gargalhadas. Isso se repetiu várias vezes.* (2º atendimento)

Isabela se despedia de mim e dos alunos com um beijo de longe. Essas cenas se repetiram por muitos atendimentos:

> *Isabela despediu-se dos brinquedos e das pessoas. Seu beijo é uma aproximação com a testa no rosto das pessoas.* (1º atendimento)

No entanto, quando o contato era contextualizado em uma situação de necessidade, como verificar a febre, auxiliar a assoar o nariz, tirar a roupa, Isabela permitia o contato corporal sem se esquivar:

> *Isabela estava suando com a brincadeira, mas seus braços estavam gelados. Estranhei e pedi para ver se ela estava com febre, pareceu me entender, pois se aproximou e deixou que eu a tocasse na testa. Finalizei o atendimento e levei*

> *Isabela até a mãe. Deu-me um beijo de despedida à distância a pedido de sua mãe.* (2º atendimento)

Quanto ao aspecto da comunicação, além dos risos e gargalhadas, do olhar para o outro, Isabela emitia sons próximos da sílaba "ma". Seus gestos indicavam o sim e o não por meio de movimentos da cabeça, muitas vezes, não havia coerência de suas respostas com as situações:

> (Durante a brincadeira com bonecos de fantoches) *(...) Quando falava para dar beijo no boneco ou nas pessoas, Isabela se recusava, sinalizando negativamente com a cabeça, mas esse sinal se repetia em outras situações o que não deixava ainda claro seu significado.* (4º atendimento)

> *Em alguns momentos, Isabela pegava a boneca para ficar com ela no balanço e em outros nos devolvia a boneca. Quando perguntava se estava gostoso, Isabela respondia que não com a cabeça. A aluna que estava empurrando o balanço logo parava, já que não estava gostoso e perguntava de novo se estava gostando, e então ela respondia que sim movimentando a cabeça.* (13º atendimento)

Em relação ao desenvolvimento motor global e perceptual observei que Isabela andava com certa incoordenação motora, às vezes, esbarrando nos móveis pelo seu caminho, parecendo não ter noção exata da relação entre seu corpo e o espaço físico ao seu redor.

> *Chegando na sala de atendimento, conduzi Isabela até a mesa de criança sobre a qual havia deixado um brinquedo* (livro sonoro). *Isabela mexeu no livro mostrando-se interessada enquanto eu a convidava a sentar-se na cadeira. Ela tentou sentar voltando-se de frente para a cadeira e colocando um dos pés sobre ela. Tentei lhe explicar onde sentava, mas precisou eu conduzir seu corpo até a cadeira na posição correta, quando então ela sentou.* (2º atendimento)

> *Sentou em posição de W. Isabela entendeu quando eu pedi para ela ficar mais longe de mim para poder jogar a bola. Mas sua tendência foi se aproximar e jogar de perto. Havia intenção de jogar para o outro, embora, algumas vezes, não acertasse a direção. Jogava a bola com força e ria após lançá-la. Observei incoordenação motora global na atividade e na relação de si com o espaço da sala, ao andar, correr, abaixar-se e levantar-se para pegar a bola e virar-se ao procurar o objeto pelo chão.* (2º atendimento)

Sua expressão de alegria e euforia acrescentava também informações de sua organização corporal:

> *(...) Isabela ia atrás bastante eufórica, sempre que passava ou pegava a massinha, ficava contente e tinha um movimento associado de fechar a mão com o polegar empalmado com um uso excessivo de força.* (15º atendimento)

Esse excesso de força nas atividades foi observado também na manipulação dos objetos:

> *Um uso excessivo de força ao brincar também foi observado.* (2º atendimento)

> *Depois pegou outra boneca e falamos para ela tirar a roupa da boneca. A aluna mostrou como e onde abria a roupa. Isabela experimentou e tirou a roupa de maneira rápida, usando força excessiva na atividade.* (7º atendimento)

O uso de força muscular adequada à situação e o controle da direção e comprimento do movimento nos gestos, desenvolvem-se para a realização de atividades que requerem habilidades motoras mais refinadas. Isabela apresentou dificuldades:

> *(...) usou o lápis de modo instável e sem precisão, o que fez com que seus riscos não aparecessem no papel, algumas vezes, riscou o papel com o lado do lápis que não tem ponta. Tentei por bastante tempo que Isabela desenhasse, mas ela queria tirar e colocar os lápis na caixa.* (22º atendimento)

Em especial com relação às atividades gráficas, desde o início da terapia ocupacional, Isabela não demonstrou interesse nem para explorar os materiais. Suas atitudes de recusa explícita ficaram sem explicações ou hipóteses. Afinal a criança pode não se interessar pela atividade ou material e nem por isso expressa contundentemente o não querer fazer, principalmente quando são as primeiras experiências de exploração dos objetos, quando há a curiosidade e a novidade presentes:

> *Quando chegamos à sala eu havia preparado materiais para realizar atividades gráficas, papel e giz de cera que estavam sobre a mesa. Isabela não quis sentar-se na cadeira, ficou em pé, recusou-se a pintar e quando eu começava a pintar ela tentava me deter. Insisti nessa atividade para me certificar de que realmente ela não queria.* (5º atendimento)

A observação do brincar me mostrava os diversos aspectos do desenvolvimento de Isabela. Essa criança brincava ora de pegar os brinquedos e jogá-los, ora de pegá-los para dar, um a um, a alguém e depois tomá-los de volta para repetir a brincadeira. Sempre interessada, atenta nas propostas, risonha e dando gargalhadas como quem se diverte com o outro a cada ação e reação no brincar. Não houve um estranhamento nos primeiros momentos como ocorre com algumas crianças nessa idade, afinal Isabela não me conhecia e nem aquele espaço físico.

Quanto a XRL-8, já nos primeiros contatos comigo e com a aluna, apesar de também não nos conhecer, mostrou sua forma de relacionar-se, um tanto quanto impositiva em alguns momentos:

> *XRL-8 logo viu o papel, lápis de cor e gizes de cera sobre a mesa. (...) Ao sentar, abriu o recipiente onde estavam os lápis de cores e falou para a aluna abrir o outro, que também tinha lápis. Primeiramente, pegou o branco e passou na folha. Em seguida, o azul e começou a desenhar. Saí para pegar mais folhas. A aluna perguntou quais eram as cores preferidas dele, não houve resposta. XLR-8 pareceu concentrado. Voltei e ele estava desenhando o sol entre as nuvens* (ele mesmo disse que eram nuvens). *(...) Comentou durante a atividade sobre estrela cadente. Perguntei se ele sabia o que era ou já tinha visto uma. Respondeu-me que "a normal* (estrela) *não dá para fazer pedido".*
> *Enquanto pintávamos* (eu também fazia minha atividade), *perguntei se ele estava indo à escola e se tinha amigos lá; ele disse que sim. Perguntei que matéria ele mais gostava e quais os nomes de seus amigos, mas falou que não sabia.*
> *Enquanto pintava, XRL-8 disse: "Por que você não balança pra lá e pra cá? Ó, como ficou bonito", mostrando seu jeito de pintar. Outra vez disse: "Ninguém me ajuda não"?, sempre se dirigindo à situação com certo ar de imposição.*
> *Num dado momento, (...) disse que as partes restantes seriam preenchidas com "glitter". (...) queria colocar o desenho numa tela e dar à sua mãe, no dia das mães.* (3º atendimento)

As atividades com XLR-8 também evidenciaram como as realizava do ponto de vista da organização corporal:

> *Propus o jogo da memória. Durante o jogo, muitas vezes, XRL-8 levantava e sentava, desorganizando-se em relação à atividade, correndo riscos de cair da cadeira quando retornava. Manteve-se concentrado e mostrava-se rápido no jogo, achando os pares certos, mas o "senta e levanta", arrastando a cadeira ora para longe ora para perto da mesa continuava. Agitação motora, impaciência, ansiedade parecem não combinar com atenção, mas essas foram as observações de XRL-8.* (2º atendimento)

> *XLR-8 tem dificuldades para se organizar na mesa. Às vezes, sua atividade* (pintura e colagem sobre o papel) *ia para fora da mesa e ele acabava se apoiando sobre ela e amassando-a, outras vezes ele colocava seu braço em cima de onde havia cola, sujando-se. Sempre comentava quando isso ocorria.* (7º atendimento)

Seu corpo mostrava habilidades motoras no membro superior esquerdo alteradas, mas, desde o início dos atendimentos, foi possível observar que XRL-8 o utilizava também nas atividades, na medida em que era possível:

> *Percebeu-se que XLR-8 fez uso da mão esquerda para apoiar algumas cartas e arrumar seu "montinho". No final do jogo, fizemos a contagem das cartas para saber quem ganhou. Ele ganhou. Para guardá-las, XLR-8 só quis guardar as dele, guardando somente um par das nossas.* (2º atendimento)

> (Na realização da atividade de pintura, um presente para sua mãe) *Todas as vezes que precisou, usou, espontaneamente, a mão esquerda para apoiar os materiais.* (3º atendimento)

Esse mesmo trecho acima, da cena do 2º atendimento, evidenciou mais um aspecto dessa criança quanto aos relacionamentos com outras pessoas: não se mostrou preocupado em ter atitudes de colaboração. Isso diz respeito ao momento de seu desenvolvimento, em que atitudes de cooperação ainda são incipientes, mas tem relação com sua forma de ser, pareceu-me pouco atento com a avaliação que o outro possa fazer a seu respeito. XLR-8 não apresentava nenhuma limitação cognitiva ou perceptual, ao contrário, era rápido nas respostas, criativo nas falas e bom nos jogos considerando seu desenvolvimento em relação ao respeito às regras:

> *(...) Depois mostrei um jogo com o "ABC", no qual havia cartelas com três figuras e seus nomes começando com a mesma letra. O objetivo era encaixar a cartela com a letra correspondente, muitas vezes, partes da letra para formá-la dentro da peça. XLR-8 pegou as peças e começou a explicar como se joga. Perguntei-lhe se já sabia jogar, ele disse que tinha o jogo. XLR-8 mostrou-se ágil para achar as peças correspondentes. Percebemos falta de algumas peças. XLR-8, rapidamente, percebeu isso e começou a escolher somente as cartelas que tinham as peças correspondentes sobre a mesa.* (2º atendimento)

> *Jogamos o jogo da memória primeiro. XLR-8 ajudou na organização das peças em fileiras. Para escolher a ordem dos jogadores, tiramos "2 ou 1". A aluna ganhou. Depois XLR-8 e eu tiramos "par ou ímpar". XLR-8 escolheu par porque, segundo ele, "sempre dá sorte". No entanto, saiu o número sete, mas XLR-8 não aceitou perder e falou que jogaria antes de mim. Colocou sua mão direita sobre a mesa, com os dedos estendidos, e contou os dedos usando o segundo dedo da mão esquerda para apontar. Disse: "Você falou ímpar e eu par, eu começo", apesar de reforçar que sete é número ímpar e ele mesmo confirmar. Afora essa fuga das regras no início do jogo, XLR-8 respeitou sua vez de jogar a partir de então e memorizou rapidamente os pares, acertando-os muito rápido.* (11º atendimento)

Os trechos anteriores dos registros das atividades de XLR-8 já apontaram aspectos de suas habilidades cognitivas e sobre o desenvolvimento da atividade da brincadeira. Chamou atenção também o rico conteúdo em seu brincar de faz de conta:

> *Mudamos para a brincadeira da "casinha", que ele mesmo nomeou. O intuito era montar a casa, com os móveis, dentro de uma maleta que servia também para guardar essas peças. XLR-8 montou a casa inteira, com certa desorganização de espaço, alguns cômodos ficando sem móveis e outros "apertados". Transformou alguns objetos, como por exemplo, uma bandeja com o prato e o copo, dizendo que era o bebedouro da casa, que ora colocava em um lugar, ora em outro, como fazia com todos os móveis. Depois de montada, olhou e tirou tudo, dizendo que ia fazer novamente. Colocou tudo de novo de modo diferente. Desta vez, os objetos ficaram mais bem distribuídos. Dizia: "Isso eu guardava aqui, isso era aqui".*
> *XLR-8 fez uma almofada de "passagem secreta" no meio da casa. Conversou com o boneco da aluna, convidou-o para jantar, tomar banho e dormir. Mostrou imaginação nos diálogos e certo momento me chamou atenção a observação de XLR-8: o boneco que a aluna estava manipulando tinha a expressão de*

> *felicidade, mas a cabeça "virou" e apresentou a outra face, com expressão de tristeza. XLR-8 perguntou por que ele estava triste. (...) Usou a mão esquerda com o dedo indicador em extensão e apresentou reação associada* (polegar em adução, demais dedos em flexão e punho com desvio ulnar) *durante as atividades.* (10º atendimento)

A história:

> *(Aluna – A) Eu vim fazer uma visita. É a primeira vez que venho aqui, me mostra sua casa.*
> *(XLR-8) Aqui é a cozinha, aqui é a passagem secreta, aqui é meu quarto, aqui é a lavanderia, aqui é a sala e terminou. Vem comigo na cozinha. Aí eu abri a geladeira. Você gosta de batata frita? Eu vou fazê. Aqui não é pra colocar suco, era pra guardar coisas. Aí eu peguei e cortei, peguei a tigela. Você gosta de leite? Eu vou sentar aqui e você do outro lado. Me ajuda a lavá a louça? Você vai dormir aqui?*
> *(A) Você lava e eu seco. Já sequei tudo.*
> *(XLR-8) Você tá triste por que* (quando viu a carinha do boneco da aluna com expressão de tristeza)*?*
> *(A) Ah!* (a aluna arrumou e virou a carinha do boneco para a expressão de alegria).
> *(XLR-8) Pronto, senta. Você qué filme?*
> *(A) Quero, o que você tem?*
> *(XLR-8) Um monte de filme. Eu peguei o controle da TV. Pronto.*
> *(A) Nossa, tão rápido?*
> *(XLR-8) Tava no final* (dizendo sobre o filme).
> *(XLR-8) Vai lá na sua casa e pega a roupa (*dizendo para o boneco da aluna ir pegar a roupa porque ia dormir na sua casa).
> *(A) Pronto, já peguei a roupa.*
> *(XLR-8) Você qué quente, gelada ou fria* (perguntando sobre a temperatura da água, para o banho)*? Vou colocar na fria. Você qué i no banheiro? Não vale fazê pipi na calça. Você dorme aqui ó. Porque na minha cama tem espaço só pra um.* (10º atendimento)

Apesar de XLR-8 estar em terapia fonoaudiológica, conversava muito, criava histórias em suas respostas, expressando-se bem, com bom humor e capacidade para solucionar problemas, quando não para se esquivar de algumas situações:

> *Fui buscar um livro de mosaico para ele ver. XLR-8 sentou na cadeira menor e fui mostrando os desenhos. Parecia estar impressionado vendo aquilo, ficou um bom tempo observando estas páginas, perguntando-me o que era. Expliquei, mas falei que faríamos mosaico com papel porque com pedras seria muito "duro". Folheamos quase todo o livro. XRL-8 desistiu de fazer o dinossauro, disse que era "muito difícil" e escolheu um desenho do livro. Desenhou no meio da folha dois círculos, um dentro do outro e quatro pontas saindo deles. (...) Quando terminou de recortar a primeira cor, pediu para colar. Peguei a cola e dei-lhe. XRL-8 apertou e eu disse que estava fechada. Então ele falou: "Por que você não abriu?". Disse para ele abrir. Colou essa primeira parte e, assim, começou a procurar outra cor. A aluna foi buscar um recipiente para colocar as partes já cortadas. Quando voltou, havia várias tiras cortadas sobre a mesa. XLR-8 olhou*

> *para ela e disse: "É a força do pensamento. Eu tenho o poder de multiplicar as folhas"!, referindo-se às tiras. A aluna perguntou como ele havia feito aquilo e, então, ele explicou que tinha cortado várias folhas ao mesmo tempo. Ainda acrescentou: "O problema dessa mágica é que dura 10 segundos"! (...) XLR-8 se dispersava muito rápido, olhava para a mesa maior, parecendo analisar as revistas que ali estavam. Em determinado momento, quando estava colando a cor azul no desenho, colou um pedacinho do lado errado. Sinalizei que estava do outro lado e ele disse: "Tô doidão, tô doidão", corrigindo o lado. No final do atendimento (...) ele determinou que guardaria as tesouras, os lápis, a borracha e o pincel e que era para a aluna levar o restante. XLR-8 a acompanhou para guardar as revistas, quando ela abriu o armário, havia um objeto feito de mosaico, XLR-8 viu e disse, apontando: "Mosaico!"* (5º atendimento)

Se de um lado posso pensar que XLR-8 é criativo em suas falas, comentários e respostas, em algumas das situações também vinha a ideia das soluções mágicas para situações de dificuldades, o que acabava não configurando como uma solução de fato, mas uma saída que desviava nossa atenção, pela sua característica cômica, de como essa criança lidava com suas limitações e se organizava nas atividades.

> *Em um dos atendimentos em que realizava a atividade de mosaico com papel, em certo momento, passou a colar os pedaços de papel na parte da folha que, no atendimento anterior, havia cortado para testar a tesoura. Justificou-se dizendo que colando ali* (no corte que havia feito em sua atividade), *não iria aparecer* (a irregularidade do papel). *Disse de modo criativo e espontâneo: "Eu bloqueei o buraco"*. (7º atendimento)

Outro dia procedi de maneira a colocar um limite nessa fala imaginosa e fértil, embora tenha na hora ficado na dúvida desse meu ato. Hoje, às vezes, quando leio os registros e me lembro da cena, ainda penso se deveria ter dito o que disse ou deixado XLR-8 livre em seu discurso. No entanto, o que observei após a intervenção foi uma criança, por alguns segundos, mais tranquila e focada na sua atividade, o que, para ele, penso que pode ter sido saudável:

> *XLR-8 começou a nos contar que uma vez fez um leão: "Eu sei construir um leão de motor de carro, um pequenininho, sabe aquela parte de fazer fumaça de carro"? A aluna arriscou: "Escapamento"?, e ele concordou. "Eu amasso ele para ficar o corpo, eu pinto de amarelo. Coloco o escapamento pintado no meu brinquedo e vira o corpo do leão". Passou a mão por sua barriga para demonstrar o que dizia. Falou como fez esse brinquedo e em certo momento, falou que pegou "cacos de vidro" para fazer outra parte. Estranhamos quando disse isso e falei: "Acho que tem gente aqui que tem o nariz igual ao do Pinóquio", falando do nariz que crescia quando mentia. Pareceu que XLR-8 ficou sem graça, sorriu e parou de contar. (...) Diante da conversa intensa de XLR-8, disse: "Vamos fazer senão semana que vem não tem Fábrica de Brinquedo", referindo-me ao tempo e programação que tínhamos envolvendo outro paciente.*

> *Pela primeira vez, XLR-8 conseguiu ficar em silêncio e concentrado na atividade. Só se ouvia a sua respiração.* (8º atendimento)

Muitas vezes, a reflexão sobre os procedimentos vem após realizá-los, sinalizada pela própria pessoa que está sendo atendida, que nos mostra que tomamos o caminho errado ou, ao menos, não o melhor. Por isso é difícil ser terapeuta ocupacional, tal qual é difícil ser mãe, não há outro caminho senão fazendo e sendo. Faço essa comparação porque, além de pensar na função de maternagem que o terapeuta tem em seu papel com seu paciente, associo a responsabilidade que há ao ocupar esses dois lugares em relação à outra pessoa.

A esse respeito, lembro-me de uma história. Durante cerca de três anos atendi uma criança que tinha 10 anos quando começou a fazer terapia ocupacional comigo. Aos 5 anos de idade sofreu traumatismo cranioencefálico por atropelamento. Certa vez, em um dos seus atendimentos, em sua própria casa, decidi realizar uma atividade de alimentação após uma conversa com a mãe na semana anterior, na qual voltou a me pedir que auxiliasse sua filha a comer sozinha, tornando-a mais independente, o que aliviaria os cuidados que a mãe necessitava dispensar a ela. Naquele momento, ainda não estava no meu raciocínio de procedimentos a ideia de propor uma atividade dessa natureza, embora houvesse o objetivo de aumentar a independência nas atividades de autocuidado para essa criança. Ela estava fazendo outras atividades, como brincar, desenhar, comunicar-me o que desejava fazer no atendimento e expressar-se nas situações para ser “ouvida” em suas decisões, escolhas e desejos. Tomada pela ansiedade e necessidade da mãe, que se associaram à ansiedade que também existe no terapeuta, no atendimento seguinte estávamos eu e a criança na mesa da cozinha, com colher adaptada (cabo engrossado e ponta curva), prato e alimento. Essa criança, com meu auxílio, segurou a colher com o alimento e, ao levá-la à boca, virou-a um pouco antes. Em um primeiro momento pensei que pudesse ser uma dificuldade de medir o comprimento do movimento e direcioná-lo. Depois essa cena se repetiu, por algumas vezes, acompanhada de sorrisos da criança. Com a lembrança de outras ocasiões quando essa criança me mostrou compreender o contexto o suficiente para rir de situações embargadas, tive a certeza de que seu gesto de virar a colher antes de chegar à boca foi intencional. Comunicou a mim e à sua mãe que não estava no momento de realizar essa atividade, uma indicação feita por mim não segundo sua necessidade, mas a de sua mãe. Isso se confirmou mais tarde quando, devido ao fato de restar-me somente o horário do almoço para atendê-la, comentei com a criança em tom de brincadeira que iria almoçar com ela nos atendimentos. De fato, quando cheguei na sua casa, lá estava ela pronta para almoçar. Aproveitei o momento e pude avaliá-la nessa

atividade. Permanecemos nessa atividade durante alguns atendimentos e a criança já estava alimentando-se sozinha, no seu ritmo, somente com auxílio de um apoio na articulação do cotovelo para suprir falta de resistência muscular. Embora a comida esfriasse, a criança se deliciava tranquila alimentando-se de modo mais independente. Em nenhum momento repetiu o gesto de virar o talher antes de chegar à boca.

Percebo que as atividades devem ser propostas com cuidado. Embora indicadas após avaliação do paciente, há momentos para que elas sejam lembradas, propostas, sugeridas, comentadas, provocadas, exigidas do paciente. Quando erramos no tempo, do paciente, a atividade não acontece ou não é feita como um gesto da pessoa, mas resultado de uma reação à solicitação do terapeuta. São situações nas quais a atividade não “dá certo”, o atendimento acontece com a sensação de ter sido, como dizem, um “fiasco”, o paciente pode não mais retornar aos atendimentos ou pode expressar seu descontentamento como um protesto de quem viveu uma situação desagradável, invasiva e/ou constrangedora.

Essa situação me remete ao que Winnicott (1952; 1988a) diz sobre a intrusão, tradução de *impingement*, que refere ao movimento do ambiente na direção do indivíduo, caracterizado pela imprevisibilidade e por não ter relação com o processo vital do indivíduo, o que leva à sua reação e interrupção da continuidade do ser. Refere-se à falha ambiental e ao invés da vivência de uma experiência individual, singular, há a reação à intrusão. As falhas ambientais são necessárias e acontecem inclusive antes mesmo do nascimento do indivíduo, no entanto, sua repetição pode resultar em um padrão de relacionamento caracterizado pelo esforço de adaptação do indivíduo à imposição do ambiente, subtraindo dele a possibilidade de viver a experiência de descoberta e redescoberta do ambiente.

Se, de um lado, a indicação de atividade deve ser cuidadosa para não se tornar mais um ato de intrusão na vida da pessoa, por outro, esse cuidado não pode imobilizar o terapeuta nas suas ações com o paciente. Temos que “apostar” que o paciente é capaz de fazer, como uma mãe que aposta no seu filho e, no momento exato, coloca-o diante de situações desafiadoras; provoca falhas ambientais necessárias para que ele caminhe da dependência em direção à dependência relativa e independência (WINNICOTT, 1963a).

Em relação a *Hot Park*, em um primeiro momento, ficou evidente seu jeito colaborativo e cuidadoso com as coisas e com os outros, à exceção de alguns momentos em que particularidades de sua idade se manifestavam com certa desorganização com os materiais ou sutil expressão de rebeldia. No geral mostrava-se um menino muito tranquilo, gentil e cooperativo, mas reservado em relação àquilo que diz respeito mais a si.

> *Hot Park veio acompanhado pelo avô e logo que me viu na recepção, mostrou-se ansioso por entrar. Logo perguntei se seus atendimentos poderiam ser acompanhados por um aluno meu e Hot Park concordou, mas pediu que eu esperasse ele se esconder debaixo do colchonete. Quando o aluno entrou na sala, Hot Park estava "escondido", mas logo foi "achado". Pareceu ficar constrangido nesse primeiro encontro com o aluno.* (2º atendimento)

> *Perguntei se ele gostaria de saber alguma coisa sobre o aluno. Hot Park fez uma expressão de dúvida, escondendo a cabeça entre os braços, ficou de decúbito ventral e não olhou para o aluno até que este lhe perguntou se estava na escola e em qual série. Respondeu, somente com gestos. Na folha que estava escrevendo, acrescentou: "2ª", referindo-se à segunda série.* (2º atendimento)

> *Enquanto rasgava o papel* (na atividade de mosaico com papel), *Hot Park me perguntava se estava bom o tamanho. Resolveu me dar os pedaços maiores para eu cortar ao meio, participando da atividade a seu convite.* (6º atendimento)

> *Enquanto fazia a atividade, concentrado e "quieto" na cadeira, Hot Park começou a cantar e me pediu para repetir as frases após ele cantar. E um certo momento, disse que estava feliz, pois não tinha lição de casa. Eu completei com a lembrança de que era sexta-feira, o que deixa as pessoas também mais contentes. Ele concordou. Depois ia dizer algo, iniciando com "é chato...", mas acabou propositadamente desistindo de falar. Parecia que havia pensado bem e achado melhor não dizer aquilo para mim. Insisti, mas Hot Park preferiu não dizer nada.* (9º atendimento)

Essa situação de desistir de falar o que havia começado se repetiu em outros momentos, apontando para seu jeito reservado no que se refere às suas ideias, sentimentos, acontecimentos e também em relação às suas dificuldades e sofrimentos.

Em relação ao uso do membro superior direito na realização das atividades:

> *O aluno finalizou a limpeza dos materiais com Hot Park. O atendimento já havia ultrapassado o tempo e fui atender outro paciente. Hot Park lavou só a mão esquerda. Quando o aluno lhe perguntou se a outra mão ficaria suja, ele respondeu que sim. O aluno disse que era necessário lavar as duas mãos, uma vez que estavam sujas, então ele a lavou. Ao se despedir, Hot Park falou "até" e "obrigado", sorrindo.* (3º atendimento)

> *Enquanto isso, o aluno foi retirando a fita adesiva que havia na placa de papelão, para facilitar o corte. Falei a Hot Park que, para usar o estilete, tinha que se ter prática, pois era um instrumento cortante. Então disse que o aluno ficaria responsável pelo corte. Hot Park concordou.*
> *O aluno, por segurança, ia traçar as medidas do porta-retrato. Hot Park ofereceu ajuda. Ficou segurando a régua, enquanto o aluno traçava a lápis, logo depois, o aluno segurou a régua e Hot Park fez os traçados para a moldura. Hot Park perguntou se poderia cortar um pouco com o estilete. O aluno deu o estilete em sua mão e ficou segurando a régua, disse para que ele tomasse cuidado e fosse*

> *com calma para não se cortar. Com dificuldade de direção, Hot Park foi cortando com a ajuda da régua que o aluno segurava, dei algumas orientações até que Hot Park conseguiu cortar um dos lados da placa. Depois disse que estava cansado e que era muito difícil.* (5º atendimento)

Confirmando preocupações passadas, quando eu supervisionava seu atendimento realizado pela estagiária, parecia que o cotidiano de *Hot Park* ainda se mantinha sem muito espaço para o brincar, talvez pelo excesso de atividades em alguns momentos de sua história ou pela falta de companhia. *Hot Park* comentava sempre de suas primas, companheiras de brincadeiras, em seu discurso.

> *Perguntei se Hot Park brincava muito no jardim de sua casa, ele disse que nem sempre. Lembrei da piscina que havia na sua casa. Hot Park disse que usa pouco, pois não tem tempo. Perguntei o que ele fazia durante a semana, pois todos os seus dias estavam repletos de atividades. "Tenho que fazer lição, ir para natação e vir para cá". Nos finais de semana ele, geralmente, vai para a praia ou Borborema ("tenho sítio lá") com a família.* (4º atendimento)

O desenvolvimento do brincar em *Hot Park* evidenciava habilidades de criar e se divertir com as brincadeiras inventadas e era presente seu interesse por brinquedos que favorecessem o faz de conta. Chamou também minha atenção o pouco interesse pelos jogos de regras.

> *Foi ao armário pegar a bola, mas mudou de ideia ao ver um "kit" boneca. Brincamos de faz de conta: Hot Park disse que eu era a mãe, ele o pai, e a boneca, a filha única, Isabela. Ele abriu os compartimentos da bolsa* (três partes com zíper) *e tirou, curioso, os apetrechos da boneca. (...) Ele cuidou da boneca: deu banho, penteou seus cabelos, deu comida, colocou para dormir, trocou sua roupa, colocou a fralda e foi ao supermercado comprar a comida preferida da filha, pois havia acabado.* (11º atendimento)

> *Fomos ao armário de brinquedos e jogos. Viu os jogos, mas não se interessou. Comentei do Combate, um jogo interessante para a idade dele, mas Hot Park não quis. Pegou um brinquedo que gosta: uma miniatura de parque com três bonecos pequenos. Na sala, enquanto brincávamos com os bonecos, nomeados por ele como Bob e Sandy que ora jantavam e dormiam, ora brincavam no "escorregador" ou "gira-gira", perguntei a Hot Park quais jogos ele tinha em casa. Hot Park continuou a brincar, com uma intensidade como se nunca tivesse visto esse tipo de brinquedo, e não conseguia estar atento para me responder. Precisei insistir e ele tentou lembrar-se dos nomes dos jogos, mas não conseguiu. Mais tarde, lembrou-se de um deles, o Detetive. Perguntei também se ele gosta e joga em casa. Disse que não gosta muito de jogos, prefere os brinquedos. Acrescentou depois que gosta de pintar e desenhar, de preferência, usando lápis e canetas.* (20º atendimento)

Bola, brincadeiras inventadas, atividades artísticas e faz de conta faziam parte constante do repertório de atividades de *Hot Park*. De uma atividade à outra, *Hot Park* parecia aproveitar e usar bem seu tempo de atendimento. Assim aconteceu neste momento em que, da exploração do brinquedo, eu, *Hot Park* e o aluno, passamos a brincar de faz de conta sem a necessidade de avisarmos uns aos outros que a nova brincadeira já havia começado.

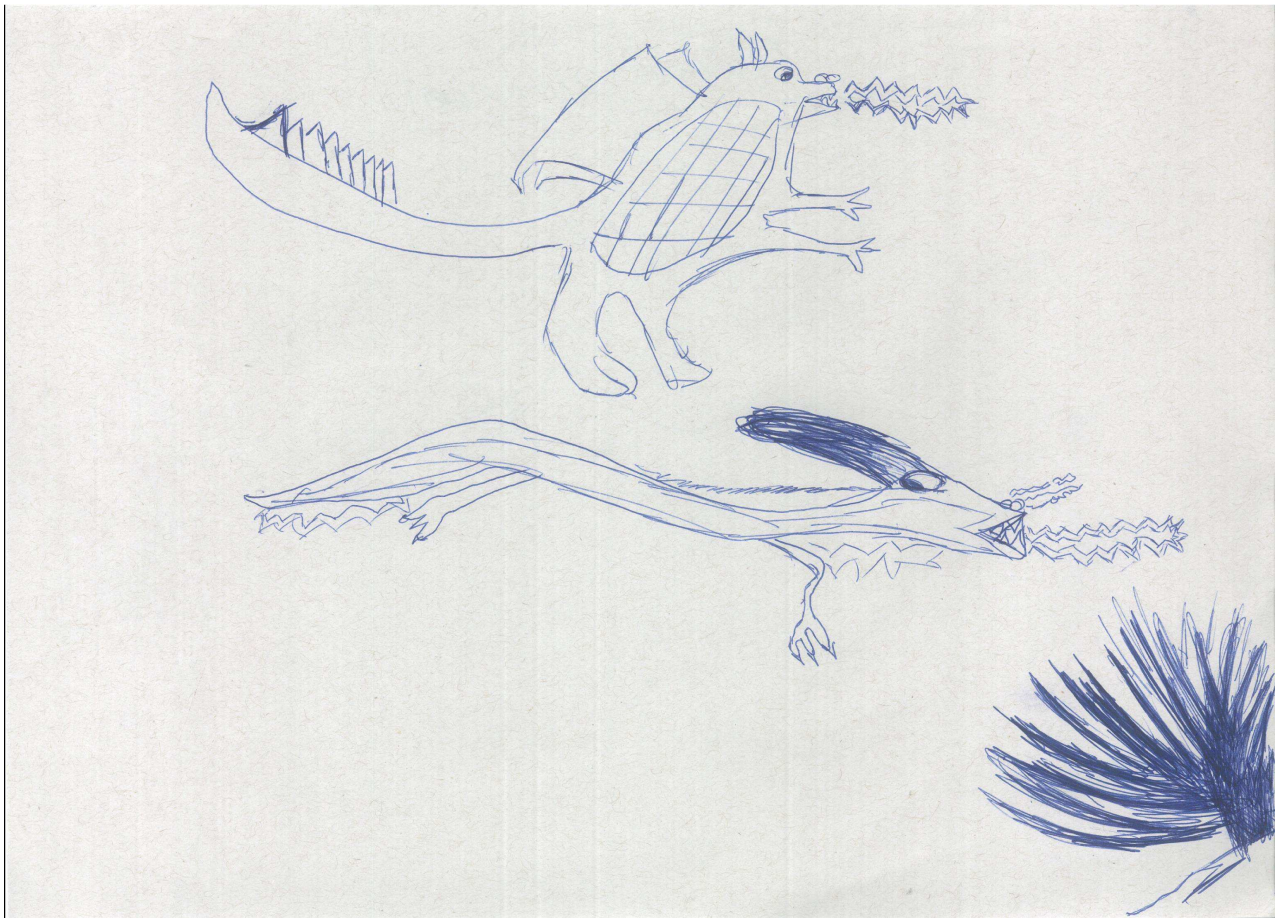
> *Hot Park colocou o brinquedo em cima da mesa e começou a explorá-lo. Ficamos os três, Hot Park, eu e o aluno, tentando descobrir as possibilidades oferecidas pelo brinquedo. O brinquedo era uma espécie de lava-rápido, com uma casa com alguns mobiliários e escada lateral, carros e personagens. Dentro de uma das partes havia três bonecos em forma de ratos. Hot Park pegou um deles e o arremessou por uma escada lateral do brinquedo. Arremessou o boneco várias vezes até que percebeu um dispositivo do próprio brinquedo que arremessava o que era posto em cima dele. Hot Park colocou o boneco em cima e disparou o dispositivo, manifestou alegria, com um grande sorriso. Pegou os outros dois personagens e fez a mesma coisa, arremessando-os pela escada. Caíam todos na mesa. Expressávamos um sentimento de tristeza e cuidado ao ver os bonecos caírem após o arremesso, como se eles pudessem se machucar. Diante disso, Hot Park teve a ideia e pediu um pote forrado para que quando caíssem não se machucassem. (...) De repente, dois irmãos* (dois dos bonecos ratos) *estavam brincando, enquanto o outro* (o terceiro boneco) *fazia o almoço. Os que estavam brincando foram chamados para comer. Depois que comeram rapidamente, voltaram ao "escorregador"*. (5º atendimento)

Segundo Bomtempo (1999):

> A brincadeira é uma atividade social e cultural e pressupõe um aprendizado. Supõe, também, uma comunicação específica, uma metacomunicação, isto é, ela só é possível quando os envolvidos forem capazes de trocar sinais vinculados a uma mensagem. As maneiras de fazê-lo são variadas: explícitas, verbais ou não verbais. O simples gesto de estender um brinquedo pode servir de metacomunicação para iniciar a brincadeira (p. 51).

A avaliação do paciente é um processo contínuo ao longo da história construída e compartilhada com o paciente. No entanto, a partir de uma avaliação inicial, é possível, de modo mais direcionado, pensar nos objetivos segundo as necessidades do paciente e determinar procedimentos como a indicação de atividades com diferentes complexidades para que a criança vivencie experiências novas e desafiadoras e situações em que ela possa se surpreender e aos outros com aquilo que é capaz de fazer, isto é, de criar.

XLR-8 e suas atividades para o mundo!



7 PROPOSIÇÃO DE EXPERIÊNCIAS NA ÁREA DO BRINCAR COM DIFERENTES COMPLEXIDADES: ENSINO, CONTORNO E RECONHECIMENTO

Depois de conhecer e da contínua tentativa de reconhecer a criança e seu fazer, por meio do olhar atento e cuidadoso (TAKATORI, 1999), posso encontrar-me na posição de saber quem é esse indivíduo cuja saúde tenho a responsabilidade de cuidar, em um certo momento de sua vida. A partir desse momento, posso investir mais nas proposições de novas experiências, apresentando partes do mundo à criança, com o cuidado de fazê-lo na medida em que ela está preparada, mas sempre apostando na sua possibilidade de conhecer e fazer de modo criativo.

O raciocínio do terapeuta começa a se desdobrar de modo mais fluido para o futuro, de modo prospectivo, sem se desenraizar da história passada da criança, do seu fazer e do que olha e encontra no presente momento dos atendimentos. É procedimento do terapeuta ocupacional indicar atividades para o paciente, norteado pela avaliação inicial e, ao longo do processo de terapia, pela continuidade dessa avaliação. Essa indicação se desdobra em outras formas de o terapeuta proceder para que o paciente possa vivenciar o fazer atividades.

Para isso, elegi três aspectos que considero importantes nas atividades do terapeuta ocupacional com o paciente: ensino, contorno e reconhecimento. Quando me refiro às atividades do terapeuta, estou dizendo sobre seus procedimentos, que envolvem as atividades, centrais nas técnicas constituintes da terapia ocupacional. Trata-se do ensino das atividades ao paciente, do contorno necessário à experiência por meio de procedimentos viabilizadores e do reconhecimento dessas atividades do paciente, isto é, de si e de sua produção singular. Esses três aspectos são facetas interligadas, presentes no cuidado específico do terapeuta ocupacional que utiliza atividades como forma de aliviar o sofrimento do paciente e favorecer a saúde, e se evidenciam em vários procedimentos, condutas e posturas do terapeuta.

Optei por usar o termo procedimento em referência às ações do terapeuta ocupacional. São formas de proceder desse profissional na relação terapêutica tendo como foco o paciente e suas atividades. No contexto mais amplo de cuidado ao paciente há as condutas que incluem discussão com outros profissionais, entrevistas com familiares, ações com familiares, encaminhamentos a outros profissionais e/ou serviços, entre outras. E o termo postura diz respeito mais à forma de apresentação do terapeuta na relação terapêutica, que decorre de quem é o paciente e de como ele faz atividades que constituem também essa relação. O primeiro termo, procedimento, remete ao conhecimento de teorias e técnicas

específicas em uso pelo terapeuta ocupacional, o segundo, condutas, remete aos encaminhamentos do profissional de caráter interdisciplinar, e o terceiro, a postura, remete à pessoa do terapeuta em sua forma de fazer que pode, com limites, diferenciar segundo as necessidades de cada paciente.

Isabela foi quem mais me ajudou a pensar no aspecto do ensino nos procedimentos de terapia ocupacional, *XLR-8* e suas necessidades exigiram bastante do aspecto que chamei de contorno e *Hot Park* fez evidenciar o aspecto do reconhecimento que deve estar inerente nos procedimentos terapêuticos. Cenas dos atendimentos de cada criança foram utilizadas de modo mais frequente para ilustrar um ou outro aspecto dos procedimentos. Deixo claro, no entanto, que os três aspectos estão interligados e presentes no cuidado de cada paciente, sujeito alvo da terapia ocupacional, mas pareceu-me que, em função das necessidades de cada um, um aspecto pode ser mais evidenciado do que outros. Essa forma de usar as cenas também foi determinada, após sucessivas leituras do material coletado no diário de campo, para facilitar minha organização durante a exposição da discussão.

7.1 ENSINO

Benetton (1999) já ressaltou sobre a dimensão pedagógica na terapia ocupacional e evidenciou a importância dos laboratórios na formação do terapeuta. Diz a autora (2006, p. 51),

> [...] não posso compreender como um terapeuta ocupacional exerce sua função sem "saber fazer". O caráter de ensino e aprendizagem é tradicionalmente o primeiro elemento para a construção do corpo técnico da terapia ocupacional. [...] ensinar ou aprender de outra forma é dar continuidade ao ensino e aprendizagem, o que implica na idéia de criar formas [...]. Entretanto, para que se possa ensinar é necessário saber, e no nosso caso é só praticando. [...] Só quando se sabe fazer é que se conhece a dinâmica própria do processo de realização de uma dada atividade.

De fato, quando indicamos uma atividade ao paciente, caso ele não saiba fazer ou mesmo quando sabe, sempre temos imbuídas nas atitudes de cuidados, aquelas de quem ensina ou acompanha o fazer do outro, pronto para socorrê-lo caso necessite. Como aquela mãe que acompanha o filho no fazer a lição da escola ou, melhor e mais gostoso, que ensina ao filho uma brincadeira de sua infância ou um ponto de bordado. Esses cuidados podem estar presentes na realidade da maioria das mães, mas quando essa criança tem alguma dificuldade

identificada, como aquela que tem deficiência por exemplo, a tarefa pode se tornar um desafio aos pais. Desafio no sentido de ser uma tarefa acompanhada da sensação de não conseguir alcançar o objetivo de ensinar o filho ou da pré-ideia de que ele não será capaz de aprender.

Como diz Freire (2002), ensinar exige esperança de quem ensina e de quem aprende. A crença de que juntos poderão conseguir produzir e inquietar-se para aprender outras coisas, em um movimento de constante busca. É um condimento indispensável a essa experiência de caráter histórico.

Ensinar exige a convicção de que é possível a mudança (FREIRE, 2002), tal qual propôs uma das precursoras da profissão terapia ocupacional, Slagle, com o modelo de prática "Treinamento de Hábitos" em 1922 (NELSON, 1997). A partir da observação de alguma atitude e/ou conduta saudável, Slagle motivava o paciente a uma nova ação, de modo que hábitos de trabalho, autocuidado, descanso e lazer se tornassem balanceados e favoráveis à restauração e manutenção da saúde. Difícil, mas possível. Por isso, mobilizar e ensinar atividades eram preocupações de Slagle na formação dos terapeutas ocupacionais (BENETTON, 2006). Na sua teoria apontou também para a importância do que denominou de *play spirit*, como uma motivação necessária para o indivíduo se organizar e alcançar esse equilíbrio na sucessão de hábitos ocupacionais no dia a dia (NELSON, 1997).

Apesar da lesão ou alteração neurológica no organismo da criança, se não houver esperança não haverá história e sim determinismo, situação imutável decorrente, exclusivamente, do aspecto orgânico desse ser humano. Mas o ser humano é história e seu futuro não está posto. Se assim não fosse, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não teriam existência.

Se voltarmos ao início do desenvolvimento humano saudável, a capacidade de conhecer o mundo, de aprender, depende das condições oferecidas pelo ambiente no processo do desenvolvimento emocional primitivo (ROSA, 2002). Conhecer é posterior à vivência de criar que, embora ilusória, é necessária para o indivíduo que, com o auxílio do intelecto, passa a tomar conhecimento e saber que não criou sem se sentir ameaçado em seu próprio ser.

Como diz Rosa (2002), sobre o brincar no contexto do ensino, não se trata de

> [...] "recurso" facilitador da aprendizagem, mas muito mais como possibilidade de abertura de um campo onde os aspectos da subjetividade se encontram com os elementos da realidade externa para possibilitar uma experiência criativa com o conhecimento. Numa palavra, é como atividade **humana** e não estritamente cognitiva, que o brincar nos interessa e ganha relevância (p. 21, grifo do autor).

É nesse sentido que trato o brincar como atividades em um campo de experimentação de possibilidades do fazer criativo, mesmo que esse fazer não seja próximo

do fazer socialmente esperado de uma criança que se encontra em determinada faixa etária. A aceitação e o reconhecimento da originalidade são essenciais para que a pessoa possa fazer a partir do que é, sem ter que se enquadrar nas expectativas sociais que existem no mundo compartilhado.

Para Freire (2002, p. 66), ser ético é respeitar a pessoa que aprende, "[...] seu gosto estético, a sua inquietude, a sua linguagem, mais precisamente, a sua sintaxe e a sua prosódia [...]".

Semelhante à relação aluno e professor, referida por Rosa (2002), o aprender e o ensinar na terapia ocupacional se constituem na relação triádica e dependem da qualidade impressa nessa relação no sentido da possibilidade do encontro. É esse ensino que falo que o terapeuta ocupacional realiza ao propor, fazer junto, mostrar, ajudar, explicar atividades ao paciente.

A partir do que conheço da criança que vem fazer terapia ocupacional, proponho experiências de desafios, não aqueles acompanhados de uma sensação de serem árduos, mas desafios que implicam em complexidade crescente e diversa, enfrentamento, descoberta, curiosidade, surpresa, satisfação, conhecimento de si e confiabilidade. O terapeuta ocupacional leva ao paciente o mundo em pequenas doses, de modo simplificado e na medida em que ele se mostra capaz de recebê-lo, e mantém uma presença na relação terapêutica que imprime confiança à família e à criança. Essa confiança para a criança significa não se sentir invadida ou ter seu gesto rechaçado, e, para a família, em especial a mãe, é estar tranquila ao entregar, semanalmente por algumas horas, seu filho aos cuidados do terapeuta.

Cenas das situações na clínica que mostraram como Isabela brincou de dar e tomar os brinquedos ou jogar os objetos e vê-los sendo devolvidos pelo terapeuta, se repetiram ao longo do processo terapêutico acompanhadas de seus gritos e gargalhadas. Entretanto, meus investimentos foram no sentido da **ampliação de suas experiências do brincar,** um dos objetivos, para alguns pacientes, e norteador dos procedimentos na terapia ocupacional (grifos nossos):

> *Esse jogo de dar e receber me levou a pensar e ir buscar uma bola. Disse para ela me esperar, sentada. Ela pareceu entender, pois me olhou e sabia que eu ia sair da sala. Voltei e ela já estava fora da sala, mas tranquila, à minha espera. Entramos na sala e jogamos bola. (...) Havia intenção de jogar para mim, embora, algumas vezes, não acertasse a direção. Jogava a bola com força e ria após lançá-la. (...) A certa altura do atendimento, mudei a brincadeira e comecei a chutar a bola com o pé, mas Isabela não me acompanhou.* (2º atendimento)

Houve um ir e vir entre as experiências já conhecidas e realizadas por Isabela, brincar de dar e tomar do outro os brinquedos, e outras mais complexas e novas que se acrescentaram ao repertório de atividades dessa criança.

> *Logo pegou o boneco de fantoche e me deu. Brinquei com ela criando uma história e propondo um diálogo com o boneco. Isabela estava atenta ao que eu brincava, mas parecia voltar-se mais ao jogo de pegar o fantoche e dá-lo ao outro e tomá-lo em seguida.* (4º atendimento)

Proporcionar experiências com complexidade crescente é um procedimento frequente ao terapeuta ocupacional que atende crianças. Ao indicar diversas atividades para o paciente, o terapeuta amplia o repertório de experiências desse indivíduo, e o bebê e a criança maior necessitam muito, no ingresso à realidade compartilhada, dessa gradual complexidade de vivências e conhecimento das coisas do mundo.

Safra (2006) ao se referir ao modo como Winnicott discute questões em torno do jogo, preocupado com o impedimento do jogo, ressalta que "no momento em que o jogo se estanca, há um adoecimento. Pelo fato de que o jogo constitui os modos de ser, os mundos possíveis, o sonho do futuro, a sustentação do devir humano, ele é em si mesmo terapêutico" (p. 16). O mesmo sempre afirmou Bomtempo (informação verbal)[1].

O brincar de faz de conta, por exemplo, desenvolve-se ao longo do tempo e depende da capacidade de construção do símbolo que amplia a experiência de brincar da criança na medida em que ela simula na sua brincadeira, isto é, demonstra intenção de brincar, ampliando sua forma de fazer uso do mundo compartilhado. O auge desse tipo de brincadeira acontece por volta dos 4 anos de idade, mas desde um ano pode se observar seu início. Por exemplo, quando a criança já consegue colocar uma colher próxima da boca de uma boneca e mantê-la por alguns poucos segundos como se a boneca estivesse comendo ou, poucos meses a mais que um ano, acrescenta a esse gesto sons imitando o alimento na boca. Entre 1 e 2 anos de idade também pode ser observado na criança o uso de um objeto qualquer que, ao ser aproximado da boca da boneca, torna-se uma colher com comida, apontando para o início da capacidade da substituição dos objetos no contexto da brincadeira. No brincar, a criança age como se aquele objeto tivesse, de fato, as atribuições e características a ele dadas. "[...] um objeto está sendo simultaneamente considerado como tendo duas diferentes identidades"[2] (LILLARD, 1993, p. 352, tradução nossa). Os objetos de forma mágica se transformam e são

[1] Informação fornecida pela Prof[a]. Edda Bomtempo, da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da USP, nas discussões durante as orientações da presente tese, em 2009.
[2] Original em inglês: "[...] *one object is being simultaneously considered as having two different identities*".

utilizados como suportes que permitem dar continuidade ao brincar. São movimentos sutis na direção do desenvolvimento da brincadeira, conquistas preciosas para o ser humano:

> *Peguei o pente da boneca e fui pentear o cabelo do fantoche. Isabela, de modo rápido, imitou meu gesto, porém percebo que, ainda, são poucos os momentos em que posso me deliciar com essas cenas; ainda é difícil para ela brincar de faz de conta.* (4º atendimento)

> *Depois voltamos a brincar com os fantoches na mesa. Isabela continuou tirando e devolvendo-os para nós* (eu e a aluna). *Não queria dar beijos nem abraços nos fantoches, gostava que os fantoches "mordessem" sua mão. Ficava colocando e tirando a mão da boca deles. Depois de alguns pedidos deu um abraço no fantoche e esta cena se repetiu algumas vezes. (...) Peguei o chocalho com a boca do fantoche. Isabela gostou e começou a passar o chocalho de um fantoche para o outro e, às vezes, balançava-o. Depois brincamos com o chocalho. Isabela começou, novamente, a pegá-lo e devolvê-lo para nós.* (6º atendimento)

> *Brincamos com uma casa feita de caixa rasa de material acrílico, com paredes laterais e fundo decorados com cenários dos cômodos e mobiliário, objetos e bonecos em miniatura. Isabela pegou objeto por objeto e deu ora para mim ora para a aluna, retirando-os da caixa. Ficou bastante tempo repetindo essa brincadeira. Depois, fiz que um dos bonecos foi dormir na cama. Quando sugerimos que Isabela colocasse o seu boneco também para dormir, pareceu entender o contexto ao jogar o boneco dentro da casa, embora não o tenha colocado no ambiente do quarto, muito menos em cima da pequena cama.* (9º atendimento)

> *Perguntei do que ela iria brincar, não respondeu nada, apenas ficou olhando para baixo, mostrei então a massa de modelar e Isabela ao ver o que era ficou muito interessada. A aluna disse para Isabela pegar a massa de dentro do saquinho e distribuir para todas. Falei para Isabela brincarmos de fazer comida e então começamos a jogar pedaços de massa dentro do pote como se estivéssemos "misturando ingredientes". Depois que todas colocaram suas massas dentro do pote, Isabela fechou o pote. Pedi que abrisse o pote e Isabela conseguiu abri-lo sozinha. Peguei a boneca e comecei outra brincadeira com Isabela em que a boneca dava a massinha para ela e ela devolvia à boneca. Isabela adorou a brincadeira. Quando a boneca ficava de costas, como se estivesse indo embora, Isabela ia atrás bastante eufórica e não sossegava enquanto não dava a massinha para a boneca. Ficava contente e seu corpo expressava essa excitação com movimentos de fechar a mão com o polegar empalmado e com certo excesso de força.* (Pareceu-me ser a primeira vez que Isabela entrou em uma brincadeira de faz de conta.) (15º atendimento)

Outras cenas dos atendimentos seguintes apontam para o surgimento de momentos do brincar de faz de conta em Isabela:

> *Perguntei para Isabela do que ela gostaria de brincar e mostrei que em cima da mesa havia brinquedos que poderia escolher. Isabela foi até a mesa e pegou uma*

> *bolsa que contém uma boneca e alguns objetos. Como a bolsa tem zíper, pedi para a aluna ajudá-la a abrir. Isabela tirou a boneca e um sapato. Em seguida, pegou o seu próprio sapato e me mostrou, associando os objetos. Peguei a boneca e o xampu dela e comecei a brincar que a boneca estava tomando banho. A outra aluna*[3] *perguntou para Isabela como se dava banho na boneca e ela repetiu os mesmos gestos feitos por mim. Em muitos momentos desse atendimento, Isabela pareceu responder "sim" com a cabeça de uma forma contextualizada e coerente com a situação. Quando ela não quis mais brincar, pedi para que guardasse a boneca na bolsa. A aluna perguntou se poderia fechar o zíper e ela respondeu "sim" com a cabeça.* (17º atendimento)

> *Brinquei de colocar minha mão sobre a cabana e fiz sons como quem bate na porta da casa e Isabela também colocou sua mão sobre a cabana, em cima da sombra da minha mão. Fiz de conta que a boneca queria entrar na cabana e Isabela deixou. Pegou a boneca e colocou-a no chão, perguntei se ela estava dormindo e Isabela sinalizou que sim, então eu disse a Isabela que íamos todas dormir. Apaguei as luzes e deixei a porta entreaberta. Eu e as alunas deitamos e fingimos que estávamos dormindo, ficamos por um bom tempo assim e Isabela não se manifestou chamando-nos, ou deitando junto, apenas ficou olhando, quieta. Quando acendi as luzes as alunas ainda fingiam estar dormindo, pedi que Isabela as chamasse e Isabela conseguiu soltar algumas sílabas, como se estivesse chamando-as. Isabela então nos chamou para brincar de novo na cabana (...).* (30º atendimento)

A apresentação do mundo é uma das funções maternas apresentada por Winnicott (1945; 1949b) e tem sua importância fundamental no processo de inserção gradual do indivíduo na sua cultura e, portanto, de conhecimento da realidade compartilhada. Penso que as atividades, sendo sempre diferentes experiências e, muitas vezes, veículo de elementos inovadores à história da pessoa, no contexto da relação triádica na terapia ocupacional, tornam-se instrumento dos procedimentos do profissional que ao cuidar do paciente, ocupa uma posição na relação que remete a essa função materna de apresentar ou, em algumas situações, reapresentar o mundo ao indivíduo.

> Um brinquedo presenteado por um tio ao menino é um pedaço do mundo, que se for ofertado da forma apropriada, no momento apropriado, pela pessoa apropriada, ganha uma importância tão grande para a criança que somos obrigados a compreender e admitir. [...] Se uma menininha quiser voar não podemos dizer apenas "as crianças não voam". Em vez disso a ergueremos sobre nossas cabeças e a colocaremos no alto do armário para que sinta que voou como voa um pássaro em direção a seu ninho. Logo a criança descobrirá que voar não é algo mágico. Provavelmente em sonho o voo mágico através do ar possa ser conservado de alguma forma [...]. O ponto fundamental é que não exigimos realidade da criança, e esperamos que não tenhamos que exigi-la nem quando tiver cinco ou seis anos de idade, pois, se tudo correr bem, nessa idade ela terá um interesse científico pelas coisas que nós, adultos, chamamos de mundo real. Esse

[3] Após a saída de Caio dos atendimentos, a aluna que o acompanhava passou a entrar nos atendimentos de Isabela, que a recebeu muito bem.

> mundo real tem muito a oferecer, já que sua aceitação não implica a perda da realidade do mundo pessoal imaginário ou interno (WINNICOTT, 1949b, p. 71).

Por isso a terapia ocupacional com crianças deve acontecer de uma forma que o terapeuta ingresse no seu mundo imaginário por meio do brincar. Somente dessa forma a criança vai obter da realidade compartilhada o que ela necessita para se desenvolver de modo saudável, uma vez que ela encontra nessa realidade que está fora, algo que também está dentro, no seu mundo interno. Caso contrário, a realidade torna-se muito difícil, correndo o risco de a criança não aproveitar o que ela tem a lhe oferecer, como, por exemplo, os benefícios de uma terapia.

O sujeito alvo da terapia ocupacional, tal qual descrito por Benetton (2006), como alguém que vive situações de exclusão de parte das atividades na sua cultura, principalmente para aqueles que se encontram enclausurados na doença ou deficiência, traz a necessidade de estar e de fazer novamente na realidade compartilhada que pode, nesse momento, apresentar-se muito diferente de como ele a compreendia e se via antes do adoecimento.

São exemplos, o jovem que sofreu lesão medular e por um período de tempo permaneceu distante dos acontecimentos do mundo ou o adulto que teve um acidente vascular encefálico (AVE) e deixou de realizar suas atividades cotidianas, passando a ficar isolado de seus amigos e colegas e a circunscrever seu dia a dia nas atividades de alimentação, higiene, vestuário e descanso. Torna-se muito difícil para essas pessoas fazerem outra coisa além das atividades de sobrevivência, pois exigem investimentos de que eles no momento não conseguem dispor.

Tal qual um paciente meu disse, aos seus 54 anos, vivendo a situação de ter algumas limitações corporais: *"é preciso ter coragem e enfrentar o mundo ao sair de casa a pé e encontrar um compadre pelo caminho e ter que falar"*. Explicou que a fala alterada (devido à afasia expressiva decorrente do AVE) o fazia sentir-se muito constrangido e envergonhado. Do quê? De ser diferente da maioria das pessoas e de sentir-se não mais capaz de fazer coisas, que eram corriqueiras, como conversar com seu *"compadre"*. A apropriação da vida e o (re)investimento nela passam a depender do outro, profissional que possa, nesse momento de sofrimento, "emprestar" parte dos investimentos ao paciente e fazê-lo de forma que pareçam seus, para em seguida recorrer aos verdadeiramente seus na realização das atividades.

Desde os primeiros encontros, Isabela mostrou sua forma de brincar, com características primitivas, tal qual o brincar de um bebê. As atividades do brincar foram sendo a ela apresentadas com outras características e graus crescentes de complexidade que

exigiram dela o desenvolvimento de habilidades e capacidades até o momento não observadas. Retomo aqui a discussão proposta nos capítulos 1 e 3 em que afirmo que brincar não é uma forma de o paciente desenvolver habilidades imputando um sentido de exercício às atividades, o que descaracteriza a verdadeira brincadeira e se constitui em manipulação de objetos (outrora brinquedos) para o exercício de funções específicas alteradas no indivíduo. O brincar é proposto como atividades com caráter de experiência, qualificadas e significadas por quem as realiza e em consonância com sua história pessoal e forma de ser. No contexto dessa experiência, a criança vai desenvolver capacidades e habilidades, pois esse é o percurso do processo de desenvolvimento de qualquer ser humano no seu dia a dia:

> *(...) Isabela foi para o outro lado da sala mostrando-me o boliche. Pedi que pegasse o brinquedo. Isabela trouxe-o para mim. Isabela levou os pinos um a um para mim, que estavam do outro lado da sala, para arrumá-los e jogarmos. Quando Isabela acabou de me trazer os pinos, começou a tirar aqueles que eu já havia arrumado para brincarmos e dava risada. Pedi para que ela deixasse-os no lugar, mas mesmo assim continuou. Eu e a aluna dávamos risada. A aluna chamou Isabela para que fosse junto dela, no outro lado da sala, para começarmos o jogo, mas Isabela jogava a bola para a aluna com um uso excessivo de força, parecendo não compreender as regras do jogo. Foi quando troquei de lugar com a aluna e fui sentar com Isabela. Eu sentei e Isabela sentou-se na minha frente, após minha insistência e direcionamento corporal. Isabela arremessava a bola, mas não olhava nos pinos, havia uso excessivo de força no arremesso, jogava apenas com a mão direita, embora sempre a auxiliasse para que ela jogasse com as duas mãos. Isabela começou a acertar os pinos.* (8º atendimento)

> *Convidei Isabela para brincar de boliche, Isabela se animou. Pedi para as alunas tirarem os pinos do suporte e enquanto isso Isabela levava-os para mim, que estava arrumando-os para brincarmos. Depois de levar todos os pinos, Isabela quis, como das outras vezes, tirá-los do lugar, mas não deixei. Falei para Isabela sentar ao lado das alunas para jogar a bola nos pinos, mas ela não quis sentar e também não quis jogar a bola. Depois foi até os pinos e começou a dar estes ora para as alunas, ora para mim. Depois de um tempo no jogo de Isabela, decidi novamente tentar jogar o boliche. Pedi para Isabela pegar os pinos e levá-los até as alunas. No final Isabela quis novamente pegar os pinos, mas as alunas não deixaram. Chamei Isabela para sentar comigo para que pudéssemos jogar boliche, mas Isabela sentou-se à minha esquerda, recusando-se a sentar mais perto. Tentei puxá-la, mas Isabela tirou minhas mãos dela. Peguei a bola que estava com Isabela e brinquei que a boneca estava jogando e acertando os pinos, com isso Isabela veio e sentou-se mais perto. Continuei com o faz de conta com a boneca. Isabela veio e sentou-se ao meu lado. (...) dei a bola a ela para jogar de onde estava sentada e ela novamente se recusou. Joguei a bola e acertei alguns pinos, depois disso Isabela pegou a bola e começou a jogar. Mesmo quando não conseguia acertar, eu e as alunas batíamos palmas, vibrando por ela ter ingressado na brincadeira.* (10º atendimento)

> *As alunas disseram a Isabela para ver o que havia na sala com que podíamos brincar. Isabela não se interessou em olhar e ficou olhando para uma das alunas, até que esta mostrou os pinos e a bola para jogar boliche. Isabela se levantou, pegou o suporte com os pinos e o deu à aluna. A aluna foi tirando um a um do suporte e entregava para Isabela, esta por sua vez entregava à outra aluna que os organizava para que depois Isabela pudesse derrubá-los. Quando acabou de entregar os pinos, a aluna pediu que pegasse a bola, Isabela pegou e veio se sentar à frente dos pinos e ao meu lado e da aluna. Jogava a bola apenas com a mão direita e conseguiu acertar muitas vezes, estava olhando mais para os pinos do que de costume, mas ainda jogava algumas vezes sem olhar. Depois de jogar algumas vezes, Isabela começou a pegar os pinos e entregar para mim, depois para as alunas, como estava correndo para entregar, pedi que tirasse sua meia para não escorregar. Isabela tirou e continuou a tirar de uma e entregar para outra. Toda vez que entregava tinha um sinal de excitação: abria a boca, tremia os membros superiores e as mãos permaneciam com os polegares empalmados e em flexão.* (23º atendimento)

Propor atividades que o paciente nunca realizou também tem esse sentido de mostrar a ele coisas e situações que podem ser vividas de modo saudável e permeadas pelo interesse e investimentos pessoais:

> *Experimentei levar Isabela para a sala dos equipamentos de estimulação sensorial.* (Para mim, uma sala com balanços em formato de prancha quadrada e cavalo.) *Quando entrei na sala com ela, as alunas a cumprimentaram. Mesmo sendo uma sala diferente Isabela pareceu não estranhar. Todas nós sentamos no colchonete e tiramos os sapatos. Ajudei Isabela a tirar os seus. Como sempre, perguntamos para Isabela se gostaria de brincar e ela acenou com a cabeça que não. Falei então para ela olhar para a sala para ver se não havia nada de diferente. Perguntei se ela não gostaria de brincar no balanço e, novamente, acenou com a cabeça negativamente. Uma das alunas disse que ia buscar uma boneca. Colocamos a boneca no balanço e perguntamos mais uma vez se Isabela não gostaria de brincar. Isabela, então, se animou e começou a pular, peguei-a no colo e coloquei-a no balanço. Comecei a balançar devagar, sempre alertando para que ela segurasse firme nas cordas. (...) Isabela demonstrava certa euforia e abria a boca com certo entusiasmo, como costumava fazer. (...) Balançamos Isabela em diversos sentidos e também girando o balanço. Permanecemos um bom tempo nessa brincadeira.* (13º atendimento)

Nas atividades Isabela foi se expressando corporalmente de outras maneiras e experimentando situações mais complexas. No início, mostrou receio ao brincar engatinhando dentro do túnel. Aos poucos, seduzida e confiante, viveu a experiência de passar por entre as pernas do outro e, mais tarde, de entrar e brincar com os outros em um espaço fechado: brincando de cabana. Por fim, coragem e tranquilidade para permanecer sozinha na cabana fechada. Essa cena me fez lembrar da capacidade de brincar sozinha na presença do outro, sinal de paz, confiança, tranquilidade e saúde como diz Winnicott (1958).

> *Peguei o túnel para brincar com as bolas. Isabela não brincou no túnel, aproximando-se da entrada somente para pegar as bolas que eu havia colocado dentro. Ela parecia querer brincar com as bolas, da mesma forma que nos atendimentos anteriores: ela pegava uma a uma e me dava. Depois tomava uma a uma de mim e colocava na bacia. Algumas vezes pegava a bacia levantando-a do chão, mas sem o cuidado de usar as duas mãos, o que resultava em bolas espalhadas pela sala.* (5º atendimento)

Outra atividade que envolveu o corpo foi favorecer Isabela a sentar-se na cadeira e posicionar-se diante de uma mesa. É uma atividade complexa para uma criança quando se está aprendendo, pois observa-se, inicialmente, uma incoordenação global ao tentar manter-se equilibrada e ao mesmo tempo realizar movimentos no sentido anteroposterior e cefalocaudal. Acrescenta-se, a essa situação, a presença de móveis, cadeira e mesa, entre os quais a criança deve se interpor e sentar-se. Nada fácil como primeiras experiências. Essa era a minha sensação com Isabela, como alguém que está começando a vivenciar essa atividade. Ensinar uma criança a sentar em uma cadeira ou outro lugar é mostrar-lhe as relações entre o corpo dela e os objetos, pessoas e espaços ambientais, proporcionando condições de perceber a si em um mundo de coisas e pessoas.

> *Propus atividade gráfica com papel sulfite e giz de cera. Isabela dirigiu-se até a mesa, mostrou iniciativa de sentar sozinha, sem nossa solicitação, mas não conseguiu. Fez o movimento de tentar colocar o pé na cadeira, virando-se de frente a ela. Precisou de ajuda. Quando sentou, observei que ficou com os pés longe do apoio do chão, portanto, de modo improvisado, coloquei seus pés apoiados sobre minha perna para que ela tivesse um melhor apoio.* (7º atendimento)

Pegar brinquedos e jogá-los, dar e tomar objetos, enfileirar objetos, construir pilhas e derrubá-las, não fazer nada, passar o dia em casa com a roupa de dormir, arrumar e limpar a casa de modo minucioso, não arrumar o próprio quarto, são exemplos de atividades e situações já conhecidas pelo paciente. São vivências que têm sido sempre em um certo sentido ou de uma determinada forma. O terapeuta ocupacional pode, na relação triádica, mostrar outras formas de fazer ou de brincar: o uso de atividades nos procedimentos de terapia ocupacional leva o terapeuta a possibilitar formas viáveis, reconhecidas e criativas de o paciente fazer suas atividades.

Mudanças significativas foram observadas na forma de lidar e fazer no contexto social de Isabela. A sua forma de aproximação social e o contato corporal com o outro foi se modificando:

> *No fim do atendimento a aluna pediu um abraço, foi tentar abraçá-la, mas ela não deixou colocando os braços na frente do seu corpo, mandou beijos de longe e foi embora.* (8º atendimento)

> *Voltamos* (eu e Isabela) *para a sala, ajudei a colocar seu tênis. Isabela mandou beijo e abraço de longe para a aluna e nos encaminhamos até a sala de espera, onde sua mãe conversou comigo (...). Enquanto isso, Isabela aproximou-se de mim, pegou nas minhas mãos, quase dando-me um abraço, o que me deixou surpresa com seu gesto.* (9º atendimento)

> *Mesmo estando doente na noite passada, Isabela permaneceu bem e se manteve participativa no atendimento. Na despedida, pela primeira vez, Isabela se aproximou parecendo dar um abraço.* (13º atendimento)

> *Depois pedi que uma das alunas fosse chamar os pais de Isabela para que pudéssemos comemorar seu aniversário, cantando parabéns. Os pais disseram que estavam muito contentes de comemorar, pois era o primeiro ano que Isabela não estava internada por causa de pneumonia. Preparamos a sala, com mesa e cadeira para a aniversariante e bexigas coloridas enfeitando a parede. Sobre a mesa, brigadeiros e um bolo com velas ao centro. Cantamos parabéns e Isabela permaneceu sentada observando. Pedimos para ela apagar as velas. Isabela inclinou a cabeça sobre o bolo como se estivesse soprando. Bateu palmas e ficou muito feliz com a festa. Comeu um pedaço de bolo e dois brigadeiros. Pedi que Isabela servisse os convidados. Serviu brigadeiros aos pais, às alunas e a mim. Ao fim do atendimento os pais agradeceram muito pela surpresa e o pai pediu que Isabela desse um abraço em mim e nas alunas e, pela primeira vez, ela nos abraçou. Ficamos emocionadas com essa atitude, visto que Isabela nunca deixou que nos aproximássemos tanto dela.* (15º atendimento)

A partir desse dia acima descrito, Isabela passou a despedir-se de nós sempre com abraços e beijos.

Quando atendo crianças, principalmente as pequenas ou as que têm um desenvolvimento tal qual uma criança menor, tenho adotado um ritual de tirar e colocar os sapatos como atividades iniciais e finais dentro da sala. Isso porque, no repertório de atividades dessas crianças, há um predomínio de um fazer centrado no corpo e no uso do espaço: sentar, deitar, rolar, arrastar-se, engatinhar no chão, ficar em pé e agachar, brincar com brinquedos no chão, jogar e arrastar objetos, entre outros exemplos. Essa atividade, além de marcar o início e fim de um conjunto de atividades, o que facilita a compreensão do tempo para a criança, favorece o aumento de independência e possibilidade de exercitar a autonomia. Para os pais, o "alívio" e a satisfação de ver que seus filhos conseguem fazer são alguns dos principais sentidos das atividades de comer, vestir, despir roupas e realizar os cuidados de higiene de modo independente:

> *Na sala, sentamos no colchonete. Tirei meus sapatos e sugeri que Isabela fizesse o mesmo. Pareceu-me que ela aguardava eu fazer por ela, mas com incentivo auxiliou a puxar o velcro do sapato.* (4º atendimento)

> *Sentamos no colchonete, eu e a aluna tiramos nossos sapatos, pedi para Isabela que tirasse os seus. Ela não respondeu ao pedido e ficou olhando para mim. Talvez não o tenha feito por não saber ainda tirar os sapatos. Tentei ajudá-la. Direcionei sua mão até o sapato, mas ao invés de puxar a tira de velcro para abrir, puxou-a no sentido oposto. Decidi deixar a tira de um jeito de modo que ela conseguisse, então, tirar sozinha* (esse procedimento se repetiu por muitos atendimentos). *Isabela conseguiu e, em seguida, vibrou batendo palmas. Rimos e acompanhamos Isabela nas palmas.* (7º atendimento)

As crianças começam desde muito cedo a observarem os acontecimentos ao seu redor e esse é um dos caminhos que leva ao desejo de experimentar, não mais olhando, mas manipulando com as mãos, com os pés, com a boca até esboçar o(s) movimento(s) necessário(s) para fazer aquilo que havia olhado anteriormente, movimentos que se tornam gestos de descoberta, surpreendentes e de vivência de criação.

> *Quando voltei à sala* (estava finalizando uma conversa com o pai de Isabela), *elas* (as duas alunas e Isabela) *estavam sentadas no colchonete e Isabela estava tirando o sapato. Segundo as alunas Isabela puxou o velcro do sapato sozinha. Fiquei surpresa. Sentei no colchonete e sugeri que Isabela também tirasse as meias. Comecei a tirar uma das meias deixando-a de modo a facilitar a atividade e Isabela empurrou a meia com seu dedo.* (19º atendimento)

> *Fomos para a sala, chegando lá Isabela logo se sentou. Pedi para que ela tirasse o tênis. Isabela colocou a mão no tênis e ficou me olhando. A aluna puxou um pouco o velcro e Isabela fez o resto, apenas com certo auxílio meu para empurrar o tênis, porém tem feito essa atividade com maior facilidade e autonomia.* (27º atendimento)

> *(...) Então entramos na sala, Isabela sentou-se no colchonete e pedi para ela tirar os sapatos e também as meias, estava um dia quente. Isabela, sem a nossa ajuda, conseguiu tirar os sapatos e, com um pouco de dificuldade, as meias, mas quando mostrei como ela deveria fazer para tirá-las, Isabela repetiu o movimento, começando a tirar a meia pelo calcanhar.* (35º atendimento)

Não querer fazer é possível na terapia ocupacional e não fazer nada também pode fazer parte das atividades de um processo terapêutico, desde que essa ou outra atividade não se repita de tal modo a eliminar o caráter dinâmico do fazer no dia a dia.

Outras atividades, foco de atenção no cuidado do paciente e também indicadas como propostas de experiências na relação triádica, são as de autocuidado. Lactentes e crianças necessitam de assistência para a realização dessas atividades até conseguirem realizá-las de

modo independente. São atividades que se modificam em sua forma de realização e necessidade de assistência ao longo dos diferentes momentos do desenvolvimento humano (HASSELKUS, 2002).

É importante a pessoa conhecer e aprender a cuidar do próprio corpo e das suas necessidades básicas. Entretanto, muitas vezes, para a pessoa que tem deficiência física, essas atividades podem se tornar difíceis de serem realizadas no dia a dia. Mais ainda, quando se trata da criança ou de alguém com deficiência intelectual, a consciência e o aprendizado podem ser grandes desafios, algumas vezes, inalcançáveis.

A criança que há pouco tempo era um bebê, dependente dos cuidados provenientes do ambiente humano e com dificuldades percebidas pela família, geralmente nomeadas com um diagnóstico por um profissional médico, recebe alguns cuidados específicos devidos suas dificuldades. A mudança da dependência absoluta do meio ambiente para a dependência relativa tal qual explicitada por Winnicott (1963a) é um processo que depende desse ambiente humano possibilitar a ocorrência de falhas necessárias ao desenvolvimento emocional do bebê na direção da independência e autonomia. Para muitas mães (ou aquela pessoa que realiza a maternagem) favorecer que seu filho vivencie a dependência relativa não é fácil, para outras prover um ambiente especializado e devotado às necessidades do bebê também nem sempre é possível. Vê-se que ser a mãe suficientemente boa tal qual definida por Winnicott (1963a) não é tão simples.

Se a criança apresenta dificuldades explícitas, tal qual aquela que nasceu em circunstâncias com intercorrências, ser esse ambiente favorável ao progresso continuado dos processos de maturação da criança de modo que ela concretize seu potencial, além de ser uma tarefa complexa como a de todas as outras mães, há de se considerar todo o enfrentamento que exige essa situação especial não esperada.

Apresentar o mundo ao filho e deixá-lo fazer as atividades de modo cada vez mais independente envolve receios e dúvidas quanto ao quando e como fazer isso, sem colocar a saúde da criança em risco.

Alguns dos pacientes de terapia ocupacional sabem fazer a atividade, mas após a doença, acidente ou tendo uma determinada deficiência, veem-se na situação de não mais conseguir fazer. Propor à criança realizar as atividades nesse novo momento da vida, deparando-se com inesperadas dificuldades, ou com o auxílio de instrumentos e materiais que favorecem as ações, tem por objetivo fazer com que ela faça suas atividades de modo mais fácil, com menor gasto de energia, de maneira mais satisfatória em termos dos resultados, de modo singular, com maior independência e autonomia. Outras, ainda nunca vivenciaram fazer

ou participar de modo ativo nessas atividades de cuidados diários consigo mesmas. Ensinar a criança a comer, vestir-se e despir-se, tomar banho, escovar seus dentes de modo independente requer a apropriação dessas experiências como responsabilidades pessoais, mesmo que para realizá-las ainda dependa de alguém.

> *Quando Isabela percebeu que eu estava abrindo o iogurte, logo demonstrou que quis descer do balanço, olhando para o que eu fazia e impulsionando o corpo. Sentou-se à mesa. Dei-lhe a primeira colher e Isabela comeu. Depois falei para ela comer sozinha, mas ela não quis, então falei que iria ajudá-la, mas não adiantou. Não comeu mais. Disse para Isabela que ela poderia comer sem problemas porque era sua mãe quem tinha trazido de casa, mas mesmo assim dizia não com a cabeça. Até que perguntei se ela gostaria que a aluna desse para ela, Isabela respondeu que sim com a cabeça. Então, quando a aluna deu a primeira colherada Isabela aceitou, mas depois também não quis mais.* (13º atendimento)

A qualidade da relação terapêutica é fundamental para favorecer esse processo de ensino e aprendizagem implicado no proceder do terapeuta ocupacional. Muitas vezes, inicialmente, o paciente faz porque foi o terapeuta que solicitou ou comentou, posteriormente, faz porque houve uma conscientização da necessidade de se responsabilizar pelo cuidado de si e de seu corpo. Retomo aqui a história de um menino, na época com dez anos de idade, que ficou internado no hospital durante cerca de quatro meses e foi por mim atendido na enfermaria, estendendo ao atendimento ambulatorial e domiciliar após sua alta da internação. O processo de terapia ocupacional durou ao todo por volta de dois anos. No início, seus pais, particularmente sua mãe, realizavam todo cuidado pessoal, até porque, no primeiro mês após a cirurgia (craniotomia), esse menino apresentou hemiplegia à esquerda que evoluiu para uma hemiparesia com maior comprometimento em membro superior. Após os primeiros atendimentos na terapia ocupacional, mostrei-lhe como poderia vestir-se e despir-se sozinho. A partir de então, passou a fazer essas atividades de modo independente, apesar do esforço físico, justificando à mãe que era sua terapeuta que havia lhe dito para fazer dessa forma. A relação triádica já estava estabelecida em bases de confiabilidade e afetividade.

Para Halbwachs (2006),

> [...] quando algum acontecimento também obriga a que nos transportemos a um novo ambiente material, antes que a ele tenhamos nos adaptado, atravessamos um período de incerteza, como se houvéssemos deixado para trás toda a nossa personalidade: tanto é verdade que as imagens habituais do mundo exterior são partes inseparáveis de nosso eu (p. 157).

Não somente as imagens habituais da realidade compartilhada acabam fazendo parte de nós, como também gestos e formas de fazer habituais, o que tornam as mudanças difíceis

de acontecerem. Sensações de estranhamento e de desafio que rememoram e se associam aos acontecimentos sofridos e não esperados estão presentes nesse processo de mudança e aprendizado de outras formas de fazer atividades, mas desde que se tornem novos e atuais hábitos, tudo tende a se tornar mais fácil.

7.2 CONTORNO

No processo terapêutico, é importante o aspecto do ensino nos procedimentos de cuidado ao paciente, um dos passos para favorecer o fazer atividades para alguém que deixou de fazer, não tem mais "vontade", não consegue, não se sente capaz de fazer ou nunca fez. No entanto, outras condições são necessárias para a efetivação dessas experiências.

Perceber o próprio corpo e sua relação com outros elementos presentes no espaço, materiais e seres vivos, se dá na medida em que a pessoa vivencia as experiências e passa a perceber a si como separada do outro. Um primeiro contexto para tais experiências, na maioria das vezes, é o ambiente especializado delimitado pelos braços maternos que sustenta o bebê, que acabou de nascer, para cumprir as funções de *holding* e *handling* (WINNICOTT, 1945; 1967a; 1970), já citadas quando falei do brincar e da transicionalidade no capítulo 3.

Uma forma de favorecer as atividades é o que uma mãe faz com seu filho quando ele está começando a vivenciar uma nova experiência, ainda sem habilidades e compreensão suficientes para a situação, ao organizar o ambiente para facilitá-lo fazer as coisas sem correr riscos para si e no sentido de alcançar o final da experiência. Algumas crianças, as mais apressadas, parecem ficar bravas quando não conseguem fazer, mas ainda não entendem que sua coordenação motora, percepção sensorial e habilidades mais refinadas não estão plenamente desenvolvidas, e demonstram que seus desejos e ideias estão muito mais à frente do que suas capacidades físicas. É também o caso de algumas crianças que têm deficiência motora, associada ou não às dificuldades cognitivas. Na terapia ocupacional procuramos favorecer e viabilizar que o indivíduo faça suas atividades apesar das dificuldades e limitações de algumas habilidades.

Exemplos de procedimentos facilitadores: simplificação e/ou adaptação da técnica e/ou dos materiais e instrumentos necessários para a realização das atividades, facilitando ao paciente que apresenta determinadas incapacidades ingressar na experiência do fazer; avaliação e indicação de tecnologia assistiva; organização do espaço físico onde serão

realizadas as atividades, entre outros. São procedimentos decorrentes da contínua avaliação do paciente e da análise das técnicas de atividades que o terapeuta realiza no contexto do seu raciocínio que o levam a proceder de modo a favorecer a realização das atividades do seu paciente. Também incluo aqui o conhecimento do terapeuta acerca de técnicas interdisciplinares que podem ser utilizadas para facilitar o paciente no seu fazer. Chamo de técnicas interdisciplinares aquelas que, muitas vezes, foram desenvolvidas em campos de conhecimento de profissões afins, como o da fisioterapia e o da medicina, e que são de uso de vários profissionais da saúde desde que realizem a formação necessária.

XLR-8 parece uma criança apressada, mas muito envolvida e criativa naquilo que faz. A organização do ambiente, do espaço físico aos materiais, favoreceu XLR-8 estar também mais organizado, como se isso o ajudasse a ter um contorno de si mesmo em relação às coisas e pessoas naquela situação da realidade compartilhada. Para mim essa é uma forma de favorecer as atividades feitas pelo paciente, dar contorno a ele e ao seu fazer, outro aspecto dos procedimentos do terapeuta ocupacional.

Para XLR-8, o contorno foi dado por meio da organização do ambiente onde realizou as atividades, com mobiliários mais adequados (mesa e cadeira com alturas compatíveis com a criança) ou com suportes para manter uma melhor postura (apoio para os pés) quando o mobiliário tinha altura inadequada, e por meio da disposição dos materiais de modo a favorecer a realização das atividades. Considero que um *setting* de terapia ocupacional, para alguns pacientes mais do que para outros, precisa estar singularmente organizado a fim de que as atividades possam acontecer.

> *Busquei XLR-8 que estava na recepção com sua mãe e o levei para sala, onde a aluna estava aguardando-o na porta. Cumprimentaram-se com um "oi" e entraram. XLR-8 logo viu o papel, lápis de cor e gizes sobre a mesa. Sentou-se. Solicitei à aluna que providenciasse um suporte para que ele pudesse apoiar seus pés, uma vez que a cadeira era alta para ele. Perguntei a ele se sabia o que era aquilo e XLR-8 disse que era para colocar os pés.* (3º atendimento)

XLR-8, durante as atividades, pela agitação motora e dificuldades de voltar sua atenção ao próprio corpo, sempre acabava deixando seu pé esquerdo sair do apoio, continuando sua atividade com instabilidade e má postura. Isso tinha repercussões não somente no corpo mas na realização de suas atividades, como materiais que acabavam caindo da mesa, folhas de papel que amassavam, traçados que saiam irregulares ou não como o esperado, entre outras consequências que podiam comprometer as atividades e a avaliação de si em relação ao que havia feito. Continuamente necessitava alertá-lo para esse fato. Um

longo investimento para que ele pudesse conhecer mais seu corpo e aprender a se cuidar foi sendo feito nos atendimentos como procedimentos importantes para essa criança.

> (Durante a proposta de atividade com massa de biscuit) *Assim que entrou na sala, já foi direto à mesa para começar a atividade, sem esperar Hot Park. Falei para esperarmos um pouco, mas XLR-8 não quis. Sugeri que ele colocasse a camiseta velha que a mãe havia trazido. XLR-8 colocou sozinho. A aluna já havia providenciado um apoio para seus pés, mas XLR-8 deixava o pé esquerdo sair do apoio. Necessitou de nossos alertas para o fato.* (17º atendimento)

> *Hot Park e XLR-8 já estavam na sala com os alunos. Todas as peças de biscuit que fizemos nos atendimentos anteriores estavam em cima da mesa. XLR-8 pediu a capa de seu caderno. (...) Para sentar, colocamos o apoio sob seus pés. Hot Park ficou curioso e eu expliquei o por quê daquele apoio. Perguntei quantos anos XLR-8 tinha e depois o mesmo para Hot Park, enfocando a diferença de idade e altura e a necessidade de sentar com os pés bem "firmes" apoiados na superfície para poder fazer as coisas com mais tranquilidade. (...) depois de um tempo, seus pés ficavam fora do apoio e parecia que não percebia.* (18º atendimento)

No início, o bebê tem a maioria dos seus movimentos desordenados. Está desenvolvendo e aprimorando sua coordenação motora, seu controle visual associado ao motor, sua propriocepção e demais habilidades motoras, sensoriais e perceptuais. Diferente do bebê, que realiza suas atividades em superfície planas com a mobilidade corporal que exige esse espaço para que possa explorá-lo sem riscos, a criança maior, a partir de cerca de um ano ou um pouco menos, tem seu corpo e movimentos que começam a exigir outros espaços que ofertem conforto e estabilidade para que possa realizar atividades. Quando a criança vem para o atendimento de terapia ocupacional e apresenta alterações no seu desenvolvimento motor, preocupo-me em realizar os atendimentos utilizando espaços como o chão, o colchonete e também atividades propostas com mobiliário como mesa e cadeira.

Se a criança já tem uma alteração no aspecto motor de seu desenvolvimento, mais ainda ela necessitará de um espaço onde consiga manter uma postura que lhe dê segurança e estabilidade para fazer as coisas sem ter que se preocupar "tanto" com as exigências de estar sentada. Sentar em uma cadeira com braços laterais e ter os pés firmemente apoiados em uma superfície (chão ou um apoio como um banco) proporcionam a essa criança um posicionamento adequado de seus segmentos corporais e a necessidade de menor investimento para manter-se em equilíbrio. O gasto de energia e a atenção podem voltar-se para outras atividades.

Além dessas experiências corporais em relação ao ambiente em seus aspectos materiais e espaciais, há um contexto humano que ensina e, continuamente, alerta o bebê ou a criança a perceber seu corpo e os riscos que possam estar presentes.

Por isso incluí nos procedimentos que visavam a favorecer um contorno ao XLR-8, aqueles relativos às conversas que apontavam para aspectos de si que ele necessitava, de modo gradual, perceber e se responsabilizar. Refiro-me ao "responsabilizar-se", o fato de compreender como é o seu corpo e como cuidá-lo e saber as possíveis consequências do não cuidado. Esse esclarecimento ajuda a criança a se responsabilizar pelas suas escolhas e formas de fazer ou não as atividades que sempre envolvem o corpo e suas funções.

> *Depois da segunda fileira, XLR-8 disse que não queria mais fazer e então, propus fazermos ginástica. XLR-8 tirou sua "papete". Ele não completou nenhum exercício e não manteve sua postura, sentado na cadeira. Ficou inquieto e demonstrou impaciência nessa atividade, brincando com a situação.* (21º atendimento)

O desenvolvimento da responsabilidade de cuidar de si e do próprio corpo me faz lembrar de outra menina que atendi. Chamarei de Bela. Sofreu esmagamento da mão direita em um acidente de carro ocorrido em novembro de 1993. Tinha 4 anos na ocasião. Estava sendo acompanhada na fisioterapia, mas havia uma demanda da família por mais tratamento. Assim Bela foi avaliada por outra fisioterapeuta que, diante do fato de já existir um profissional dessa especialidade com a criança, resolveu encaminhá-la para mim em dezembro de 1995. O primeiro encontro com Bela, então com 6 anos de idade, foi na sua casa, local onde aconteceriam todos os atendimentos de terapia ocupacional. Bela é a filha mais nova do casal, sua irmã é um ano mais velha. Bela é canhota, estudava, tinha aulas de piano e flauta. Dizia gostar muito de esportes, ginástica olímpica, *handball*, futebol e vôlei. Conversávamos sobre as diferenças entre o futebol e os demais esportes em relação às habilidades necessárias nas mãos para praticá-los, mas Bela não concordava comigo. Entre as "paradas de mão", uma de suas atividades preferidas durante os atendimentos de terapia ocupacional, sempre conversava com ela sobre suas escolhas e busca pelos desafios. Por ocasião de uma competição de *handball* na escola, Bela viveu um episódio de queda quando machucou sua mão direita. É verdade que poderia ter caído em qualquer lugar, mas coloquei que o risco, por exemplo, em hiperestender seus dedos da mão direita durante uma jogada era grande. Falei de seus limites como diminuição de força e de amplitude de movimento na mão direita e de como é importante cuidar do seu corpo. Bela se incomodava com essas conversas expressando que estava brava comigo. De fato, ela era hábil nesses esportes, como mesma

dizia, "*sou boa e gosto"*. O terapeuta ocupacional auxilia o paciente a realizar aquilo que escolheu e a lidar com os limites desenvolvendo e mantendo a consciência dos riscos que existem e os cuidados que pode tomar. Após meses, Bela pareceu compreender que algumas de suas escolhas voltavam-se para atividades que exigiam mais as habilidades das mãos, sendo necessário tomar mais cuidado se havia, de fato, um desejo seu de continuar a realizar aquelas atividades. Após longas conversas nas quais colocava para Bela a sugestão de usar alguma proteção nos dedos durante os jogos, sempre se recusando, surpreendentemente solicitou-me essa proteção. Minha paciente, belíssima, ficou comigo na terapia ocupacional até seus 13 anos. Em 2007, com seus 17 anos, me ligou e me disse sobre as saudades de nossa história e das lembranças que ainda conserva consigo, as atividades que fez na terapia, muitas delas inacabadas, mas, afinal de contas, não necessariamente o terapeuta se preocupa com o produto final em termos de obra artística acabada, mas com o processo e o produto final em termos de obra pessoal.

Ao contrário de crianças muito pequenas e daquelas cuja compreensão se aproxima da forma de pensar das crianças menores, que não precisam saber que elas necessitam melhorar o equilíbrio e a coordenação motora e não necessitam ter uma percepção precisa do mundo, XLR-8 e Bela podiam elaborar melhor o que era e o que não era real, sem tanto esforço ou sofrimento. Já entendiam, embora nem sempre gostassem disso, o que era necessário fazer para não haver consequências graves futuras.

Winnicott (1949b) disse que a criança pequena vive uma série de intensas experiências terríveis e não há razão para que seus pés estejam firmemente plantados na terra. Mas no caso das crianças maiores, as explicações pela razão já são mais facilmente compreendidas e vividas, deixando para os sonhos e para as brincadeiras a possibilidade de tornarem-se um XLR-8 ou um homem-aranha, com mágicos poderes.

Observo, principalmente na população infantil, que o uso dos membros superiores nas atividades ocorre de acordo com as possibilidades motoras e sensoriais. Quero dizer com isso que, a criança, diferentemente dos adultos, em geral, faz bom uso de suas habilidades. Quando o membro superior que apresenta paresia pode ajudá-lo nas atividades, a criança o utiliza, aproveita bem o que tem, sem a necessidade de uma orientação externa. Mas se ela consegue realizar a atividade com eficiência sem o uso desse membro, ela o fará dessa forma, pois tal qual os autores definem (HUIZINGA, 1938; CAILLOIS, 1967), a criança, quando brinca, não tem interesses externos além de viver o próprio brincar. Ou então, se o membro hemiparético superior, ao ser requisitado, mais "atrapalha" do que auxilia no fazer, a criança

opta por não usá-lo, embora, na avaliação do adulto ou de um profissional, esse membro pudesse ser um auxiliar durante as atividades.

Por isso, apesar de a criança em alguns momentos utilizar o braço parético nas atividades, isso não significa que haja consciência corporal e de cuidados, simplesmente a criança está preocupada em fazer e naquele momento esse braço serviu para algo. De um lado, isso é muito positivo, pois a preocupação da criança é poder brincar, e viver essa experiência é cuidar da própria saúde. Por outro lado, ao longo do desenvolvimento, o corpo humano envelhece e há necessidade de cuidar do corpo físico. Essa consciência é necessária não só no adulto que envelhece mas também para uma criança que pode ser ensinada a se cuidar por meio de exercícios e da percepção da postura tal qual a maioria que, desde um ano de idade, vai conhecendo, mesmo que de modo heterônimo conforme Piaget (1951) explicou na sua teoria do desenvolvimento moral, e tomando consciência de que é preciso diariamente tomar banho e escovar os dentes.

De uns tempos para cá penso que não há necessidade de estimular contínua e verbalmente, como procedimento de terapia ocupacional, a pessoa a usar o braço que apresenta dificuldades na maior parte das atividades como se isso garantisse o uso e o cuidado com essa parte do corpo. Considero importante que o paciente consiga realizar suas atividades e desejos, consciente do que é possível ou não fazer. Sempre haverá atividades que não conseguiremos realizar por falta de habilidade ou determinada destreza. E sempre haverá aquelas que realizamos quase unicamente com uma mão. Mas é necessário, todos nós sem distinção, cuidarmos do corpo em sua totalidade. Por isso vamos às academias de ginástica, dançamos, fazemos caminhadas ou atividades físicas nos parques. Embora o paciente não utilize o membro superior parético nas atividades, ele deve ter consciência de que é necessário cuidar dele diariamente, pois faz parte de seu corpo que, no tempo, está envelhecendo.

XLR-8, apesar das limitações motoras, utilizava o MSE na realização das atividades:

> *XLR-8 usou a mão esquerda por diversas vezes para apoiar as cartas. Conforme encaixadas as peças, preenchendo as cartelas, ele colocava em ordem na mesa e quando eu deixava a cartela completa em um lugar aleatório, XLR-8 me avisava sinalizando onde deveria colocar, mantendo uma organização durante o jogo.* (2º atendimento)

> (Durante a atividade de desenho e pintura) *(...) apontou segurando o apontador com a mão esquerda. O punho permaneceu em flexão e os dedos em extensão, principalmente os 2º e 3º dedos. Segurou com firmeza e apontou.* (3º atendimento)

> *XLR-8 usou sua mão esquerda para apoiar o desenho, abrir e apertar os tubos de "glitter". Sempre que precisava, ele a usava.* (4º atendimento)

> *Cheguei com as revistas e sentamos. Perguntei como ele queria fazer a atividade de mosaico, a disposição das cores, se queria com revista ou papel colorido. Ele escolheu a revista. Expliquei como seria feito e então XLR-8 escolheu a cor vermelha para preencher o círculo menor. Pegou a tesoura usando o 1º e 3º dedos. Cortava com dificuldade, flexionando demais o punho e cortando o papel em direção ao seu corpo. Segurava o papel com a mão esquerda, dedos estendidos, mas a dificuldade de coordenação motora e de controle da força muscular, fazia com que o papel amassasse. Ele não ficava muito tempo sentado e queria sempre pegar outras revistas.* (5º atendimento)

> *XLR-8, organizando os recipientes, que ele mesmo determinava como sendo seus, viu que precisava de mais um. Peguei mais dois potes de plástico redondos. Ao colar os papéis, XLR-8 segurava o pote com a mão esquerda, apoiando-o também no abdômen, pegava o pedaço de papel e colava com a mão direita.* (7º atendimento)

> *Mais uma vez, XLR-8 encontrou os pares com rapidez e estava atento e preocupado com o placar do jogo. A todo o momento dizia em voz alta os pontos de cada um. As peças opostas se encaixavam como um quebra-cabeça. Assim que XLR-8 encontrava as peças pares, encaixava as partes e colocava a figura montada na tampa da caixa do outro jogo, de modo organizado. Nesse momento, usou as duas mãos durante a atividade. Nesse jogo, XLR-8 foi o vencedor.* (11º atendimento)

No entanto, como não havia essa conscientização de que deve se responsabilizar pelo cuidado de seu corpo, em algumas situações era necessário chamar sua atenção para formas de perceber, usar e fazer atividades com seu corpo, que são possíveis e favorecedoras da consciência corporal. Desde exercícios até como manter a posição de seu braço durante as atividades para proporcionar uma boa postura do corpo:

> (Durante o jogo Combate) *XLR-8 pareceu agitado para ganhar da aluna. Estava demorando um pouco para arrumar suas peças no tabuleiro. Pegava as peças da caixa, que eram pequenas, com a mão direita. Em certo momento, sugeri que ele fizesse "conchinha" com a mão esquerda para deixar as peças mais próximas dele e com a mão direita pegasse uma a uma e colocasse no tabuleiro. XLR-8 fez a "conchinha" com as duas mãos. Os dedos da mão esquerda ficaram em extensão e a mão levemente curvada. Ajeitei as peças em sua mão esquerda e ele terminou de arrumar sua parte no tabuleiro. Iniciaram o jogo e XLR-8 sempre "cochichava" no meu ouvido sobre suas jogadas para que a aluna adversária não ouvisse.* (12º atendimento)

> (Durante a brincadeira de acantonamento) *Para passar o gel, fomos até a sala que tem um espelho. XLR-8 disse que teria que molhar o cabelo e foi até a pia. Para colocar o gel na mão, pediu para que eu o ajudasse. Coloquei um pouco, mas vi que não era duro e que ele poderia apertar a bisnaga. Falei para ele apertar com*

> *a mão direta e colocar o gel na esquerda. Ele conseguiu fazer sozinho, seguindo essa dica, e passou o gel no seu cabelo. Em frente do espelho, passava o pente diversas vezes, "modelando" o penteado e fazendo poses, como se imitasse algum artista.* (13º atendimento)

Conforme observações das atividades de XLR-8, parecia que essa consciência corporal estava se desenvolvendo:

> *Quando atacava e ganhava, XLR-8 pegava as duas peças* (a dele e a peça abatida do adversário) *com sua mão direita, passava uma delas para a mão esquerda enquanto a direita colocava a peça abatida no canto junto às demais, e depois passava sua peça de volta à mão direita para ser recolocada em jogo. Cada vez mais observo que a consciência corporal e o uso do corpo na brincadeira estão mais evidentes e permeados pela autonomia.* (14º atendimento)

> *Depois que Hot Park foi embora, combinei com XLR-8 que precisava ver como estavam os movimentos do braço dele. XLR-8 seguiu todas as orientações e solicitações de movimentações ativas no membro superior esquerdo. Apresentou discreta limitação de amplitude de movimento para os últimos graus no movimento de supinação do antebraço e leve espasticidade nos flexores de punho. Mostrou tranquilidade e atenção durante a avaliação.* (15º atendimento)

> *Entramos na sala e XLR-8 sentou-se já colocando seus pés sobre o apoio. Continuou o tear, concentrado, apoiando-o com a mão esquerda enquanto manipulava o fio com a outra.* (23º atendimento)

> *Não foi preciso chamar a atenção dele para manter sua postura e colocar os pés no apoio. Pelo contrário, em certo momento, XLR-8 pediu à aluna para que o ajeitasse.* (23º atendimento)

Apesar de algumas mudanças observadas com XLR-8, ressalto que esse aspecto do cuidado, levar o paciente à consciência da necessidade de cuidado corporal, é extremamente difícil, ainda mais quando se é independente para realizar a maioria das atividades. A mudança de hábito e a percepção do corpo nas atividades cotidianas são complexas de serem alcançadas. Muitas vezes, ocorrem quando a pessoa vive uma situação extrema, por exemplo, quando começa a ter dor, alteração de sensibilidade ou de movimento. Algumas pessoas não o fazem nem nessas situações.

Outra forma de dar contorno ao paciente e ao seu processo de fazer atividades, facilitando essa experiência, é cuidar para que haja continuidade no processo de realização da atividade. É acompanhá-lo nessa realização, intervindo quando necessário para que esse processo não seja facilmente interrompido. Falas, sugestões, movimentos e expressões

corporais do terapeuta, apontamentos em relação às atividades são formas de manter o paciente com sua atividade em andamento, o que não significa terminá-la rapidamente ou em um único atendimento, mas favorecer a continuidade e finalização da experiência. Nos trechos a seguir, recortados das anotações do diário de campo, evidencio, por meio do recurso do grifo, exemplos disso que acabei de dizer:

> *Rapidamente, sem desenhar mais nada ali, virou a folha e falou que ia desenhar a noite. Pegou o lápis azul-escuro e começou a pintar. Falou que teria que ter a "lua branca" também. (...) Quando a ponta do lápis se desgastou,* ***falei para ele que precisava apontar e disse para ir pegar o apontador e a borracha no armário*** *(...).* (3º atendimento)

> *XLR-8 sentou, pegou o desenho e os "glitters" que já estavam separados sobre a mesa e continuou sua atividade. Um dos tubos estava "duro" para sair; pedi à aluna que buscasse uma agulha para desentupir. XLR-8 a acompanhou. (...) Ao chegar, ela foi desentupindo os tubos conforme a necessidade e sinalização de XLR-8. Ele colocava muito "glitter" e espalhava com um dos pincéis que ali estava. Enquanto pintava, falou que queria colar linha na lua ao invés de pintá-la ("Sabe o que eu precisava para terminar o desenho? Ah! Linha de costura!"). A aluna, então, foi buscar as linhas.* ***XLR-8 queria ir também, mas falei para ele continuar a fazer a atividade*** *enquanto ela ia buscar. Ele falou que era a lua amarela. A aluna chegou com três cores diferentes de fios amarelos. Trouxe também a cola. (...) XLR-8 colocou a cola na lua e espalhou com o pincel. Eu o ajudava a colar os fios na lua, para que eles não ficassem "soltos". (...) A aluna foi buscar a tesoura para cortar os fios;* ***XLR-8 queria ir junto novamente, falei para ele ficar e continuar.*** *(...) Enquanto pintava, XLR-8 cantarolava, com sons como se fosse de uma ópera. (...) XLR-8 comentou: "Ela é a desentupidora de tinta (apontando para a aluna), eu sou o pintor e você* (apontando para mim) *é a fotógrafa".* (4º atendimento)

> *Chegamos na sala e a aluna nos aguardava. XLR-8 foi direto em direção à mesa vendo o que havia ali. Falei para ele cumprimentá-la. Ele o fez e logo perguntou se eram dinossauros que estavam em cima da mesa. Eram modelos de dinossauros desenhados. A aluna foi mostrando a ele. Enquanto isso, ele me perguntou como iria fazer a atividade* (na semana anterior já tinha sido dito que ia aprender a técnica de mosaico). *Expliquei como seria. XLR-8 começou a folhear e ver os modelos de dinossauros e um dos primeiros chamou sua atenção, dizendo que faria aquele.* ***Sugeri para que, primeiro, visse todas as ilustrações, para depois fazer sua escolha.*** *No final, gostou e optou por outra figura de dinossauro.* (5º atendimento)

> *Em determinado momento, a aluna foi buscar a atividade pronta que XLR-8 tinha feito nos encontros anteriores para o dia das mães. Quando chegou com a atividade, de desenho, pintura e colagem, XLR-8 pediu para ver e parecia que vinham ideias em sua cabeça, quando então falou que queria colar papéis ali também.* ***Falei que se ele colasse não daria tempo para secar direito e que ele***

> ***havia dito que ia presentear a mãe*** (teria que levar naquele dia para casa)*. XLR-8 pensou melhor e retomou seu projeto de atividade em mosaico.* (5º atendimento)

> (XLR-8 e *Hot Park* estavam fazendo atividade no tear de pregos) *Durante algumas conversas, ao longo da atividade, Hot Park colocava a agulha na boca e XLR-8 mexia com ela no rolo de lã, desfiando a linha quando puxava a agulha de volta. Após comentar sobre esses dois fatos, alertando-os sobre os inconvenientes, como não fui ouvida, pedi as duas agulhas e solicitei uma atenção especial****: falei para os dois a respeito das agulhas e de seu uso, da ponta delas e seus riscos, para Hot Park disse para não levar à boca, pois, além de ser um material que cai no chão, é manuseado por várias pessoas, e para XLR-8 disse que se fosse mexer no novelo, teria que ser com o outro lado da agulha, sem ponta, mas como ele não iria lembrar de ficar mudando a toda hora, era melhor sempre deixar a agulha na mesa quando fosse fazer outra coisa.*** *Devolvi as agulhas e assim que XLR-8 pegou a sua, mexeu no novelo com o lado sem ponta, olhando com um "sorriso" para mim. Não voltaram a fazer mais.* (24º atendimento)

São estratégias para chamar a atenção da criança, não no sentido de desviar sua atenção para o que está sendo feito com ela, como no caso do uso dos brinquedos para atrair a atenção da criança e distraí-la dos procedimentos que estão sendo feitos pelo terapeuta, isto é, usar o brinquedo para desviar a atenção da atividade proposta. Aqui, falo em chamar a atenção, por meio de uma fala, de um gesto, de uma expressão facial ou corporal com a intenção de se tornar um convite irrecusável para o ingresso, continuidade e finalização da atividade proposta, nesse caso o brincar e o se relacionar com o terapeuta. Considero isso um procedimento que requer habilidade, postura ativa e percepção imediata dos acontecimentos por parte do terapeuta para que não perca o instante exato para agir dessa forma e manter a continuidade da brincadeira:

> *Isabela não queria pintar, pegava os gizes e os dava para a aluna ou então jogava no chão. Saiu da mesa e foi em direção à boneca e a pegou, deu a boneca à aluna que fez de conta que a boneca estava pintando. Nesse instante, a aluna passou o giz para Isabela dizendo que era a vez dela pintar e Isabela acabou entrando na brincadeira e pegou o giz e fez, pela primeira vez no atendimento, alguns rabiscos* (garatujas) *no papel. Isso se repetiu três vezes, nesse atendimento.* (7º atendimento)

> *Peguei um livro ilustrado, mas Isabela não quis abrir e ver. Quando comecei a olhar o livro e me fazer de interessada, Isabela pareceu ficar curiosa e veio olhar junto.* (8º atendimento)

Alguns procedimentos e posturas do terapeuta podem facilitar que o paciente tenha a vivência da experiência completa, tal qual nomeada por Winnicott (1941), que envolve: o

interesse por um objeto, torná-lo parte integrante de si próprio, usar o objeto e rejeitá-lo após o uso. É a possibilidade temporal que o ambiente oferece ao bebê para ir do princípio, passando pelo meio e chegando ao final da experiência. Concedendo esse tempo, a mãe facilita o estabelecimento das bases para a capacidade da criança desfrutar os acontecimentos totais sem precipitação. Aqui no caso sem a precipitação das próprias crianças que, muitas vezes, interrompem as atividades devido à desorganização no fazer decorrente de ansiedade, dificuldades de realizar uma atividade por vez, permanência por pouco tempo realizando a mesma atividade, enfrentamento de dificuldades advindas das alterações sensório-motoras, entre outras situações.

Desde o início dos atendimentos XLR-8 não se intimidou e não se mostrou colaborativo com a organização e cuidado dos materiais durante suas atividades. Costumava dar ordens para nós, eu e a aluna:

> *Continuou a pintar e falou que queria ajuda. Falei que o desenho era dele e se pintássemos, ficaria diferente, pois cada um pinta de um jeito. Insistiu para ajudarmos. Então falei que pintaria a outra parte. Comecei a pintar e XLR-8 falou para a aluna ajudar também, dizendo que era para ela fazer as estrelas, de amarelo. XLR-8 dava as "ordens" durante o desenho. (...) Quando a aluna fez as estrelas na parte que ele estava pintando, perguntou se a quantidade estava boa. Ele disse que não, que era para desenhar mais. Ela comentou que ficaria muito cheio de estrelas. Então ele disse: "O desenho é meu! É meu o céu", mostrando que a pintura teria que ser rigorosamente do seu jeito.* (3º atendimento)

> *XLR-8 finalizou a parte da pintura e falei para arrumarmos a mesa, já que estava com as tintas abertas e não iríamos usar mais. Como a mesa era pequena, por diversas vezes a folha ficava "torta", saindo da mesa. Eu sinalizava para ele que a mesa era menor, para ajeitar o desenho para não amassar. Às vezes, colocava os braços, principalmente o esquerdo sobre o desenho, sujando-se. (...). Mais uma vez, XLR-8 não quis colocar as tampas nos tubos; não queria ajudar a organizar a mesa. Foi preciso pedir de modo enfáticoi para ele tampá-los.* (4º atendimento)

> *XLR-8, mais uma vez, "dava ordens" para realizar suas atividades em "equipe". Começou dizendo: "Vamos trabalhar em equipe. O seu trabalho* (apontando para a aluna) *é pra ver se a cola tá entupida. O teu* (meu) *trabalho é separar esse malfeito e o recorte feito bonitinho. Você* (aluna) *corta tirinhas. É isso trabalhar em equipe". Quando perguntei onde aprendeu tudo isso, respondeu-me: "trabalhando". Ele sempre prestava atenção no que estávamos fazendo e chamava nossa atenção se fizéssemos errado ou parássemos. Depois, as tarefas se invertiam a pedido dele.* (7º atendimento)

> *Todos os alunos* (na sua atual turma há somente dois meninos) *se dão bem com ele. XLR-8 coloca-se como líder. Quando XLR-8 vê sua mãe chegando, fala para*

> *o colega: "Pega minha mochila porque minha mãe chegou". Esse jeito dele de dar ordens não incomoda as outras crianças.* (Registro de informações coletadas durante visita realizada na escola de XLR-8 e reunião com as coordenadoras – 30/06/2006)

Algumas pessoas podem funcionar de modo contrário, isto é, no início das relações, por não ter uma intimidade, mostram-se solícitas e colaborativas como expressão de atitudes socialmente aprendidas e de boas condutas sociais e, no decorrer do tempo, começam a expressar suas vontades e desejos de modo mais espontâneo, sem a preocupação de responder adequadamente ao contexto social.

XLR-8 pareceu-me fazer o movimento diferente. Na medida em que a intimidade foi aumentando na relação terapêutica, envolta por sensação de confiança e constituição de sentidos, XLR-8 diminuiu as atitudes de imposição e não colaboração e as de cooperação e o desejo de estar junto e fazer parte foram aparecendo, interligados ao afeto.

Além dos limites dados verbalmente, a presença do próprio terapeuta dá contorno ao paciente que realiza suas atividades em um contexto relacional, compartilhado, de modo que, se seu desenvolvimento lhe der condições, a criança deve tomar conhecimento e aprender a lidar com o espaço no qual pode ser e fazer considerando a presença do outro.

O outro se torna um limite que organiza e dá contorno à criança. Além do *holding*, Winnicott fala de um outro estágio que se superpõe ao primeiro, que é a mãe e o lactente vivendo juntos e depois um terceiro que é o pai, mãe e lactente, todos vivendo juntos. O autor explica que a expressão "viver com" implica relações objetais e a capacidade para separar o eu do não-eu, ver mãe e pai como pessoas inteiras e separadas. Ainda acrescenta que a escola maternal e a professora têm a função de ampliar e dar continuidade ao trabalho da mãe e da família, no sentido de oferecer condições especiais de meio ambiente que reconheça e favoreça a dinâmica do crescimento emocional da criança (1953). Nesse sentido penso que o terapeuta ocupacional, na relação triádica e quando há a presença de outro termo nessa relação, como nesse caso o aluno(a) e outras crianças no atendimento em grupo, também tem esse papel de proporcionar diferentes relações à criança que é auxiliada em sua percepção de si e do outro pela configuração do ambiente de terapia.

Um contorno vai sendo delineado para essa relação terapêutica e a presença ativa do outro, o terapeuta, favorece que a criança conheça e aprenda a se posicionar de outra forma nessa relação.

> (Durante o jogo da memória) *Sempre que algum jogador acertava o par, XLR-8 falava quanto estava o jogo, comparando com os pontos que ele tinha. Algumas vezes, XLR-8 já virava uma carta antes de chegar sua vez. Imediatamente, eu*

> *falava que ainda não era sua vez, ele colocava a mão na cabeça, como quem fez algo que não devia, e sorria para mim.* (2º atendimento)

> *(...) Em um momento, logo no começo, XLR-8 pediu um objeto dizendo "por favor", fato que geralmente não acontece pois ele costuma pedir com certo ar de ordem. (...)* (17º atendimento)

Em dado momento do processo terapêutico, perguntei a XLR-8 se ele sabia o que era a terapia ocupacional, respondeu-me: *"era para aprender, jogar e brincar"*. Quando perguntei sobre suas dificuldades me disse que não tinha nenhuma, depois disse que *"para se trocar precisava de ajuda"*. O que observamos nas atividades, instrumento de avaliação e parte constituinte da relação terapêutica, provavelmente se repete em outras situações de realização de atividade. Era o que ocorria com XLR-8, que se desorganizava nas atividades do brincar e gráficas, fato que também se repetia nas atividades de autocuidado:

> *Perguntei a ele se já tinha dormido fora de casa alguma vez, ele disse que sim, na casa do amigo dele. Perguntei como fazia para se trocar, ele disse que a mãe do amigo o trocava. Falei que iria aprender aqui para conseguir fazer sozinho. XLR-8 perguntou do jogo novamente. Fizemos um "combinado": nesse atendimento jogaríamos e semana que vem experimentaria vestir e se despir. Ele aceitou.* (12º atendimento)

> *A proposta do atendimento de hoje foi brincar de um acantonamento. (...) Cada qual trouxe para o atendimento uma mala com roupas. Logo que chegou, XLR-8 colocou sua mala sobre a mesa e começou a tirar seus pertences, nomeando-os: "roupão, camiseta, blusa, bermuda, escova de dente, chinelo, gel, pente, meia". Trocamos de roupa. (...) XLR-8 teve muita dificuldade para vestir a camiseta. Começou vestindo pela cabeça, mas a camiseta estava ao contrário, com o desenho das costas na frente. Sinalizei e ele virou. Às vezes, se desequilibrava durante a atividade. Com esforço, fazendo uso, sempre, da sua mão direita e usando a esquerda como apoio, conseguiu, porém a parte de trás estava "enrolada". Falamos e ele arrumou com a mão direita novamente. Para tirar a camiseta, XLR-8 puxou-a pela gola. Quis colocar o roupão fora da sala, sem minha presença ou da aluna. Saiu da sala e voltou por duas vezes para eu ajudá-lo, pois não estava conseguindo. Ensinei-lhe começar a se vestir sempre pelo lado esquerdo, braço que tem dificuldades de movimento. Saiu novamente da sala e quando voltou, estava com seu roupão. (...) XLR-8 colocou rapidamente a blusa de frio, sem dificuldades, seguindo a dica de começar pelo braço esquerdo. Na hora de colocar as meias, foi a minha vez de ir com ele para fora da sala. Sentamos na escada e XLR-8 colocou suas meias com certa dificuldade, mas sozinho. Tirou-as rapidamente. Para colocar a bermuda, a aluna foi com ele. Sentaram na escada e XLR-8 vestiu sentado. (...) Jogava no colchonete todas as peças que tirava, não se preocupando em dobrá-las. Ensinei a dobrar a camiseta, mas ele não quis dobrar as demais roupas, dizendo que sua mãe o fazia. Chamei a atenção novamente, falando de situações em que não teria sua mãe por perto, como ir acampar ou dormir na casa de algum colega. (...) Fomos escovar os*

dentes e a aluna não havia levado a escova dela. XLR-8 disse que pegou seu estojo com a escova e a pasta e que havia uma escova reserva. Propôs emprestar a escova à ela. Fomos até a pia e XLR-8 colocou a pasta na escova. XLR-8 escovou seus dentes rapidamente e logo jogou água na boca, dizendo que estava ardendo, mas, antes, havia esfregado seus dedos sobre a pasta caída na pia, passando-a na boca para brincar. Na hora de guardar, não quis enxugar e foi logo guardando as escovas e a pasta dentro do estojo. Disse para ele secar, pois ficaria ruim guardar molhada, mas ele não quis. Ajudei-o, secamos e guardamos. (...) Para guardar as coisas, XLR-8 não quis dobrar nada, disse que guardaria daquela forma mesmo, com certa displicência. (13º atendimento)

XLR-8 trouxe uma camiseta velha para não se sujar durante a atividade (confecção de biscuit). *Colocou sozinho. Começou colocando a manga do lado direito, com dificuldades. Relembrei para que colocasse o lado esquerdo primeiro, como havia lhe ensinado. Alertei para a importância da dica.* (16º atendimento)

Como combinado, a proposta do atendimento de hoje foi o acantonamento com Hot Park, XLR-8 e os alunos. Cada um trouxe sua mala e usamos o quarto para a brincadeira. Hot Park chegou dizendo que a cama era dele e deitou-se. A aluna sentou com ele; o aluno, eu e XLR-8 sentamos no colchonete. Cada um tirou de sua mala o que havia trazido para mostrarmos uns aos outros. XLR-8 tirou suas roupas: blusa, pijama, chinelos, calça e camiseta; seus pertences de higiene (quando perguntei o que era aquele saquinho, ele disse: *"coisa higiênica"*), *que estavam em uma sacola separada com escovas de dente, pasta, fio dental, sabonete e gel. Hot Park levara somente uma barra de cereais, uma garrafinha com suco de pera e uma lanterna. Tiramos nossas coisas também. XLR-8 já foi guardando seus pertences na cômoda ao lado da cama. Hot Park falou que o espaço era dele e então, XLR-8 disse que a parte de cima seria dele e a de baixo do Hot Park. XLR-8 colocou suas coisas lá, com rapidez, mas de forma desorganizada, "empurrando" seus pertences para que eles coubessem "à força" na prateleira.*
Colocamos nossos pijamas para dormir. XLR-8 pegou o dele e foi para o banheiro se trocar. O aluno emprestou uma camiseta ao Hot Park e foram para lá também. A aluna e eu ficamos no quarto. Segundo relatos do aluno, após a atividade, durante a supervisão, XLR-8 vestiu-se sozinho, colocando primeiro a manga na mão com espasticidade e em seguida a outra, tal qual já havia lhe ensinado. Não apresentou também nenhuma dificuldade para colocar a calça do pijama. O aluno comentou que apenas o ajudou a endireitar a roupa no corpo. O aluno perguntou se ele sabia abotoar a roupa. XLR-8 disse que poderia tentar; teve dificuldades somente para alinhar botão e casa. Após ter colocado a roupa, disse que colocaria o chinelo para "encargo de consciência". O aluno riu muito e XLR-8 se sentou em um banco e colocou sozinho os chinelos.
Fomos "dormir". XLR-8 estava inquieto, inicialmente, brincou de me chutar sem querer por diversas vezes. Depois, fingiu dormir. Ao "despertarmos", fomos escovar os dentes. XLR-8 emprestou uma escova de dente para Hot Park. Foi o primeiro a escovar os dentes, de forma que fizemos uma "fila". Para colocar a pasta na escova, colocou a escova na boca. Escovou rapidamente. Os alunos e Hot Park pediram sua pasta emprestada. Ele só deixou a aluna e Hot Park

> *usarem, porque, segundo ele, cada dia ele emprestaria para duas pessoas.* (XLR-8 com suas histórias e colocações criativas). *Lembrei do fio dental e XLR-8 pegou e passou rapidamente nos seus dentes, segurando com as duas mãos cada ponta do fio. Trocamos as roupas novamente e fomos comer. XLR-8 mostrou-se agitado, sempre mexendo na divisória que colocamos para separar o quarto do outro espaço de atendimento.*
> *Para guardar as coisas na mala, XLR-8 demonstrou certa irritação, pois não queria dobrar suas roupas. Nesse momento, Hot Park estava com o aluno no banheiro e XLR-8 parecia ansioso por querer estar junto. Sentei com ele e dobramos peça por peça. Primeiro fiz de um lado da peça e ele do outro, imitando. Depois passei a indicar para ele onde dobrar e, então, fez sozinho.* (19º atendimento)

Também o que é observado na terapia ocupacional pode estar se repetindo em outros espaços sociais do cotidiano do paciente, tal qual o relato da conversa durante reunião que tive na escola de XLR-8 com as coordenadoras:

> *(...) Disseram que a desorganização de XLR-8 é porque ele quer fazer tudo muito rápido. (...) A professora de educação física percebeu sua dificuldade em andar e durante os jogos com bola.* (30/06/2006)

Procedimentos para favorecer e viabilizar a realização das atividades são necessários, principalmente, considerando que essa população atendida pelo terapeuta ocupacional é caracterizada por ter dificuldades nas habilidades motoras e perceptossensoriais:

> *Assim que Hot Park viu seu trabalho sobre a mesa, ficou olhando para ele e dizendo que ficou bom. Já ia pegar minha lapiseira sobre a mesa para fazer a assinatura, quando eu pedi para que se sentasse melhor na cadeira* (estava, como em outras vezes, sentado de modo assimétrico, mantendo o membro inferior direito para o lado). *Ele se arrumou na cadeira e sentou mais próximo da mesa. Também expliquei para ele que se assinasse seu nome com a lapiseira, não iria aparecer, pois o papel era escuro. Sugeri que ele pegasse uma caneta hidrocor escura e treinasse sua assinatura na folha de sulfite. Aceitou minha sugestão e manteve-se concentrado no treino. Ao assinar sua atividade também se manteve concentrado e cuidadoso. Sua letra ficou bonita e comentei minha opinião. Outra sugestão que dei foi colocar o ano, explicando que as obras de arte são, geralmente, datadas. Ele o fez, demonstrando satisfação com o resultado.* (11º atendimento)

> *Hot Park, no atendimento anterior, havia dito que gostaria de fazer uma pintura em tela. Separei alguns livros de arte para que ele pudesse ver obras de alguns pintores. Escolheu uma obra de Alfredo Volpi. Hot Park queria o fundo da tela da cor roxa, mas não tínhamos tal tinta, então o aluno ensinou-lhe a fazer essa cor. (...) Expliquei ao Hot Park como poderia iniciar seu desenho na tela, mostrando a ele as proporções do desenho original e fazendo-o perceber o que está desenhado em cada metade ou quadrante da tela. Mostrei ao Hot Park que geralmente se usa carvão vegetal para desenhar sobre a tela. Ficou curioso, pegou o carvão, mas*

escolheu o lápis grafite. Na tela, seguindo a obra de Volpi, fez dois retângulos na horizontal e, ao meio destes, um retângulo na vertical. (...) Orientei ao Hot Park desenhar as bandeiras de forma que ocupasse uniformemente a parte superior da tela, no entanto, desenhou-as em um pequeno canto. Decidiu fazer um traço que dividisse a parte superior em duas partes, fazendo bandeiras maiores do lado que ainda não havia desenhado. Disse que o ajudaria colando fita crepe como demarcação no desenho para que não borrasse durante a pintura. (15º atendimento)

Perguntei se ele gostaria de pintar sobre a mesa ou sobre o cavalete. Hot Park disse que não sabia, que a mesa estava boa. Mas estava realizando um grande esforço para alcançar as partes superiores da tela. Pedi ao aluno para buscar o cavalete. Coloquei sobre a mesa, mas, mesmo assim, achamos que estava ainda muito alto. Decidimos colocar sobre uma mesa pequena. Juntamos duas mesas para criança. Com a cadeira de criança, Hot Park ainda ficava baixo em relação à tela. O aluno deu a ideia de usar a de adulto. Hot Park se sentou em postura adequada e o nível em que se encontrava estava favorável à realização da atividade. (16º atendimento)

Hot Park queria embrulhar e levar imediatamente a tela. Disse que precisaria secar antes de entregar para a sua professora e que todo artista assinava sua obra. Orientei para que ele treinasse antes, para saber o espaço que utilizaria. Hot Park recusou, de início, a ideia, mas acabou aceitando e pareceu compreender melhor a importância quando experimentou assinar sobre o papel e, na primeira vez, o espaço foi insuficiente, pois havia feito as letras muito grandes. Quando viu que não caberia seu nome, pareceu entender que era mais prudente treinar. Percebeu a dimensão do espaço na tela e o tamanho de sua letra. Chegou um momento que achou que já estava bom, então foi para a tela. Hot Park ensaiou várias vezes como quem tem medo de errar. Aflito na expectativa de sair bom, pegou tinta no pincel, retirou o excesso, posicionou o pincel como eu havia orientado. Saiu-se muito bem e pareceu ter gostado muito do resultado. (17º atendimento)

Hot Park perguntou sobre seu tear e deu continuidade. Com maior autonomia, realizou essa atividade. Dei uma dica de como ele poderia puxar os pontos já feitos a cada vez que ele finalizava uma carreira. Isso porque Hot Park costumava, ao findar uma carreira, colocar o tear em pé, apoiado em sua borda longitudinal. Mesmo apoiando com a mão direita, ao puxar os pontos já feitos com a esquerda, o tear escorregava na mesa e fazia um barulho grande. Hot Park continuava a puxar os pontos com o tear já deitado sobre a mesa, de modo desorganizado. Minha dica foi manter o tear apoiado sobre a mesa e arrastá-lo para fora da mesa cerca de dois terços de seu comprimento, apoiando o último terço contra a mesa com a mão direita, enquanto a esquerda puxaria os pontos já feitos. (27º atendimento)

(...) voltou a fazer do jeito de sempre, e o tear acabava escorregando e batendo na mesa. Retomei minha sugestão para deixar o tear deitado, na mesma posição que ele trabalhava para fazer os pontos, deslizá-lo até a beira da mesa e aí sim, apoiar

> *sobre a mesa com a direita e puxar para baixo a trama, que estava caída fora da mesa, o que facilitava o procedimento.* (30º atendimento)

> *Hot Park, encantado com sua atividade, disse: "Olha que grande, oh"! (...) Uma das sugestões que ensinei, para puxar os pontos do tear, Hot Park executou sozinho, sem eu precisar sugerir novamente: Hot Park fez da primeira vez a seu modo e o tear escorregou na mesa ao tentar puxar os pontos. Logo lembrou-se da outra forma e puxou o tear para a borda da mesa apoiando-o com sua mão direita e com a mão esquerda puxou os pontos. Repetiu esse procedimento diversas vezes.* (33º atendimento)

Acredito que procedimentos no cuidado que dão contorno ao paciente, no contexto do campo relacional, são necessários para compor experiências saudáveis ao paciente, pois favorecem delimitação, organização e vivência do sentir-se integrado e de completar a experiência. Por isso é necessária uma postura ativa do terapeuta (BENETTON, 2006), bem como uma postura afetiva, para que aconteça um encontro.

São formas de proceder na relação triádica que conduzem o paciente, apesar das dificuldades principalmente daquelas de ordem sensório-motora, a realizar atividades e, ao invés da sensação de caos ou de turbilhamento, proporcionar o sentimento de se ver, de ser visto e reconhecido pelo que fez.

7.3 RECONHECIMENTO

Quando há dificuldades no indivíduo em se reconhecer e/ou ser reconhecido ou em ter essas sensações, penso que uma das razões possa ser a falta ou precariedade das experiências em que isso aconteceu. O terapeuta ocupacional precisa olhar e reconhecer nas atividades do paciente esse indivíduo que necessita de cuidado.

Ao lado dos procedimentos que veiculam aspectos de ensino da técnica de atividades e daqueles que favorecem e viabilizam sua realização ao dar um contorno aos acontecimentos vividos pelo indivíduo, o seu reconhecimento e de seu fazer também são necessários como apoios para que ele ingresse na experiência e use suas potencialidades. Trata-se de outro aspecto constituinte dos procedimentos que favorecem a vivência da experiência.

O espaço da intervenção é um espaço onde a relação terapeuta-paciente-atividades, marcada por um ambiente confiável e pela presença de oportunidades para vivenciar experiências saudáveis, facilita ao indivíduo estabelecer relações e usar objetos.

Confiabilidade que possibilita a experimentação e o conhecimento do que faz parte do si mesmo, facilitando a exploração do mundo na medida em que a pessoa pode suportar a ponto de não provocar uma reação e tornar a situação estimuladora e facilitadora em situação intrusiva.

Penso em situações nas quais o indivíduo necessita de uma presença humana que confira a ele confiança para realizar atividades ou mesmo a sensação de tranquilidade e de potência na circunstância em que se encontra. Essas situações me fazem pensar no suporte egoico, na proteção e segurança que a mãe dispõe ao seu bebê.

> O bebê, inúmeras vezes antes do desmame, é introduzido à realidade externa por uma mulher, a mãe. Várias vezes existiu a sensação de que aquilo que necessitava foi criado e descoberto. Daí se desenvolve uma convicção de que o mundo pode conter o que é desejado e necessitado, resultando na esperança do bebê em que exista uma relação viva entre a realidade interna e externa, entre a capacidade criadora, inata e primária, e o mundo em geral, que é compartilhado por todos (WINNICOTT, 1947, p. 101).

Exceto a população de bebês em situação de risco para o desenvolvimento, é fato que a maioria dos pacientes atendidos na terapia ocupacional já se encontra em um estágio do desenvolvimento em que a experiência da ilusão de criar o mundo a partir da própria necessidade aconteceu repetidas vezes, dando-lhe a possibilidade de experimentar a onipotência. No entanto, a ruptura do cotidiano após vivência de uma doença ou acidente e todas suas consequências deixam o paciente em uma situação muito próxima à da dependência absoluta de um bebê não no sentido de saber quem ele é e quem é o outro, mas de necessitar de um ambiente de confiança, proteção e reconhecimento.

Refiro-me à intensa presença do terapeuta diante do paciente e de tudo que se refere a ele, suas atividades, seu discurso, seu cotidiano, suas relações sociais, seu sofrimento, sua história. Presença atenta que leva o terapeuta ao reconhecimento do que o outro deva estar necessitando e sentindo. Esse reconhecimento coloca o terapeuta próximo da situação de sofrimento do paciente de modo que ele passa a ver o paciente tal qual ele é e investir nas suas potencialidades, apostando que é possível conduzi-lo à saúde.

> *Coloquei sobre a mesa grande, seis potes de tinta de cores diversificadas, alguns rolinhos de pintura, várias bandejas de isopor, papéis variados, pincéis, lápis e borracha, estava tudo preparado para dar início à atividade de gravura. (...) Expliquei os passos da gravura. Pedi que fizesse primeiro um desenho em uma folha de papel. (...) Ressaltei que seu projeto teria a delimitação do espaço do tamanho do fundo da bandeja, a matriz. Desenhou dois coqueiros, um em cada extremo do papel, entre os coqueiros fez três pessoas: ele, seu avô e sua mãe. Desenhou também um sol no canto superior da folha e uma nuvem, quanto então comentou: "parecem ondas no céu". Pedi que ele fizesse o mesmo desenho na*

> *bandeja, cavando sulcos e tomando o cuidado para não furar a placa de isopor. Hot Park fez o mesmo desenho e colocou, com minha sugestão, sua inicial no canto da matriz. Enquanto desenhava, conversamos sobre o feriado. Hot Park disse que o pai não pôde ir à praia, pois estava trabalhando, mas ele havia se divertido muito. Quando Hot Park terminou os coqueiros, fez dois cocos e disse: "Olha! Parece duas bundinhas" e todos nós rimos. Com cuidado, para não perfurar a bandeja, mas com certa rapidez no fazer, Hot Park terminou a matriz. Escolheu a cor vermelha e tentou abrir a tinta, mas o aluno o ajudou, pois a tampa estava bastante grudada no pote. Terminou de abrir a tinta sozinho e despejou um pouco em uma outra bandeja. Acrescentei água e Hot Park misturou. Hot Park passou o rolo na tinta e deslizou-o sobre a matriz. Passou o rolo várias vezes, cada vez com mais tinta, parecia não ouvir minhas orientações quanto ao excesso de tinta. Expliquei que a próxima etapa era virar a matriz na folha, com cuidado para não borrar. Hot Park teve dificuldade para achar uma posição para segurar a matriz. Sugeri que ele tentasse utilizar as pontas dos dedos indicadores. Hot Park utilizou-os e, após quatro tentativas, conseguiu levantar a matriz e virou-a sobre o papel. A matriz ficou descentralizada na folha, mas disse que não tinha problema. Com uma mão levantou a matriz e com a outra tentou segurar a folha. Hot Park apresentou dificuldades em segurar a folha, queria fazer tudo só com a mão esquerda. Observamos que o desenho não saiu segundo a proposta da gravura. Hot Park parecia desapontado. Falei que se usasse menos tinta, os espaços vazados sairiam com uma melhor definição. Orientei Hot Park a lavar a matriz para iniciar outra entintagem. (....) Hot Park escolheu a cor azul. Abriu a tampa sem ajuda, despejou uma quantidade de tinta na bandeja, sempre com a orientação de não exagerar. Com mais cautela e sem o excesso de tinta, Hot Park passou o rolo sobre a matriz. Após virar a matriz sobre a folha, o aluno colocou a mão sobre a placa, Hot Park colocou sua mão sobre a do aluno e eu também coloquei as minhas sobre todas. Fizemos um amontoado de mãos, depois levantamos energicamente e Hot Park disse: "UNIÃO"! Essa segunda experiência foi mais fácil e o resultado ficou melhor.*
>
> *Em uma terceira proposta, após minha explicação, resolveu tentar fazer uma gravura policromática. Em cada parte da matriz utilizou uma cor diferente. Houve um instante em que parecia que Hot Park ia unificar todo o trabalho com uma cor escura, parecendo "colocar por água abaixo" seu projeto. Expliquei que se fizesse isso, a gravura se tornaria monocromática tal qual as primeiras. Selecionei uma folha colorida, clara, para essa gravura que me parecia bastante especial, após algumas experimentações de Hot Park com essa técnica. Treinei com Hot Park a "virada" da matriz sobre o papel e também senti em Hot Park a atmosfera de cuidado para que essa etapa da atividade acontecesse de modo satisfatório. Virou a matriz com mais facilidade ficando centralizada. Pressionou a placa e, em seguida, retirou-a. Ficamos todos maravilhados com o desenho, pois havia ficado muito belo.* (3º atendimento)

O sentido de reconhecimento pareceu-me ser percebido por *Hot Park* quando lançou a expressão "união" ao ver as mãos do terapeuta e do aluno junto às suas, como em um time que torce para alcançar um objetivo comum, por exemplo, vencer. Aqui, o propósito é conseguir fazer as atividades, ser reconhecido pelo que faz e se reconhecer naquilo que fez. *Hot Park* referiu mais de uma vez gostar, necessitar e reconhecer a terapia ocupacional.

> *Avisei Hot Park que guardaríamos os materiais, pois o nosso tempo tinha se acabado. Ele pareceu ficar triste. Disse que não queria parar de fazer a atividade, gostaria de continuar. Falei que continuaríamos no próximo atendimento. Concordou e nos dirigimos até a porta, saiu sem se despedir do aluno que perguntou se ele não iria se despedir. Hot Park voltou para trás e o cumprimentou com a mão. Sorriu e disse tchau.* (5º atendimento)

> *Como já tinha terminado o horário do atendimento (...) Hot Park disse: "Ah! Não venha me dizer que já acabou"?! Confirmei que o horário do atendimento já havia acabado e dei a notícia de que agora também teria o atendimento às sextas-feiras, porém sem a presença do aluno. Hot Park ficou bastante contente com o que foi dito. Despedi-me dele com um beijo.* (8º atendimento)

> *Perguntei-lhe se ele sabia o que sou dele e me respondeu: terapeuta. Perguntei o que ele achava que era terapia ocupacional. Ele disse: "brincar, se divertir, aprender, fazer atividades e só". Disse que está lá "pra mexer a mãozinha". Disse primeiro que não vejo nenhuma mãozinha, mas duas mãos. Pedi para ele mexer e ele mexeu as duas mãos. Então falei: "mexer você mexe, então por que estaria fazendo terapia ocupacional"? Não soube responder e eu expliquei. Disse que ele está crescendo e terá que aprender a fazer as coisas cada vez mais sozinho, e que eu iria ajudá-lo. Concordou em me falar quando perceber alguma dificuldade em fazer coisas no seu dia a dia. Contou-me que não consegue fazer o laço do tênis, quem faz são os pais, professora ou outra pessoa que o ajuda.* (17º atendimento)

> *A mãe de Hot Park já estava no carro aguardando o filho. Hot Park deu para ela, pela janela, a sua atividade. (...) Depois, Hot Park, de dentro do carro, apontou com seu dedo para mim, lembrando-me de falar do "acampadentro". Expliquei para sua mãe sobre a atividade e as providências necessárias para realizar a proposta.* (27º atendimento)

> *Hoje Hot Park veio com as órteses e sabia que iria ter uma nova consulta com outra terapeuta ocupacional para reavaliar a órtese. Antes desse atendimento, havia tempo e Hot Park pediu para finalizar sua atividade de pintura. Eu e Hot Park pegamos todo material necessário: jornal para forrar a mesa, tinta guache preta, rolinho, bandeja de isopor. Hot Park me lembrava sempre que tínhamos que pegar a tinta preta e escolheu fazer a entintagem com o rolo ao invés do pincel. Ao passar a tinta preta sobre o desenho, Hot Park ficou encantado com o efeito das cores aparecendo por baixo da cor preta e disse: "que lindo!"* (31º atendimento)

Essa relação de cuidado reconhecida é, para mim, confirmada pelos pedidos de *Hot Park* para "fazer atividades", atividade central na terapia ocupacional:

> *Hot Park foi até o armário junto com o aluno e disse que queria uma bola. Acabou pegando uma lanterna. O aluno perguntou qual bola ele queria. (...) Hot Park apagou a luz da sala e acendeu a lanterna. Hot Park sugeriu brincar de esconder a bola. Hot Park e eu fomos para fora, enquanto o aluno ficou na sala*

> *para esconder a bola. Quando entramos, ficamos procurando a bola com a ajuda da lanterna, nos divertimos muito. Após encontrarmos a bola, trocamos os papéis, nós escondíamos a bola e o aluno era quem procurava.* (17º atendimento)

> *O nosso horário já estava se esgotando. Fora da sala, Hot Park se dirigiu até um tear* (outras vezes fizera o mesmo) *dizendo que gostaria de aprender. Sugeri ele aprender a mexer com o tear de pregos. Ele concordou, disse que poderíamos fazer um cachecol para ele, ele gostou muito da ideia.* (19º atendimento)

Esse reconhecimento também parece ser confirmado pela falta que o paciente sente da terapia quando alguma intercorrência, como ausência inesperada do profissional, atraso ou período de férias, ocorre. Uma situação ilustrativa disso foi a de um dos pacientes que atendi, homem de 54 anos[4] , encaminhado por ter sofrido um AVE, que durante duas semanas, no horário do seu atendimento, me aguardou na recepção como sempre fazia: sentado no banco de madeira, com sua pequena bolsa de mão na qual carregava seus documentos, o cartão de atendimento e alguns materiais para sua atividade (confecção de peças em madeira revestidas com a técnica de mosaico) como, por exemplo, pregos, pedaços de lixa e dobradiças. Disse-me quando retornei das férias: *"Dois sábados eu sei que você não tava e eu esqueci e vim aqui"*.

> *Hot Park, ao perceber o atraso para o atendimento, foi me procurar no setor e reclamar da espera, como em uma explosão. Foi até a sala de atendimento e começou a arrumar a mesa e as cadeiras. Quando entrei na sala, lá estava ele sentado, do lado que eu costumo ficar. Logo pedi desculpas dizendo que estava resolvendo um problema. Fui buscar a chave do armário onde estão suas coisas. Voltei e abri o armário novamente pedindo desculpas. Hot Park estava mais calmo e comentou sorrindo que achou que eu não tinha ido trabalhar.*
> *Continuou seu cachecol, contando as fileiras. Quando erguia o tear para que eu contasse os pontos, fazia com as duas mãos. E para puxar os pontos feitos, agora sempre o faz da forma como sugeri, com habilidade. Olhou para mim em uma dessas vezes e disse: "não esqueci", sorrindo.* (36º atendimento)

Observo também que há uma comunicação própria na terapia ocupacional, quando paciente e terapeuta dialogam a partir das atividades e sobre elas, utilizando esse termo em especial:

> *Depois Hot Park sugeriu fazer outra atividade e me perguntou se eu queria pintar ou jogar bola. Disse que eu tinha uma nova forma de pintar para ensinar para ele, se ele gostaria de ver. Decidimos pela pintura.* (30º atendimento)

[4] É o mesmo paciente que referi na página 124.

> *Lembrou que na próxima quarta-feira haverá um atendimento em grupo. Estava curioso para saber qual "atividade"* (termo utilizado por *Hot Park*) *iria fazer nesse dia. Disse a ele que seria uma surpresa.* (39º atendimento)

Hot Park parecia que compreendia e reconhecia esse espaço de cuidado, mas ainda com certas dúvidas em alguns momentos, por isso, nessas horas dava-me a impressão de estar sendo testada em minha capacidade e habilidade de cuidar dele e, principalmente, de olhar e de percebê-lo:

> *Peguei material para desenho. (...) Em seguida perguntou-me: "É menino ou menina"? Respondi que, até o momento de seu desenho, parecia uma menina. Senti que ele queria testar para ver se seu desenho estava identificável ou não, isto é, se eu acertasse é porque o desenho estava minimamente fiel ao real. Acertei, era a "Bia", uma colega sua da escola. Enquanto eu desenhava, Hot Park também tentou adivinhar o que era e disse: "Parece o Aladim ou um índio". Eu lhe respondi que era para ser um menino de boné. Mas como estava mesmo parecendo um Aladim, mudei minha ideia.* (20º atendimento)

> *Perguntei-lhe como havia sido o acampamento. Falou que foi legal e que voltou no dia seguinte. Contou que brincaram de lanterna. Quando perguntei o que mais ele tinha gostado de fazer nessa semana, ele me disse para adivinhar. Eu disse que achava que tinha gostado mais de ir acampar. Hot Park confirmou com um sorriso. Disse que teve um desfile de pijama e foi muito legal.* (26º atendimento)

Essa relação, construída em um contexto narrativo, se fortalece pelo reconhecimento que nela existe entre as partes constituintes: o paciente reconhece o terapeuta e seu instrumental de trabalho, as atividades, como se evidenciou com *Hot Park* e o terapeuta reconhece o paciente e seu fazer como produções singulares na cultura.

> *Dessa vez eu e Hot Park jogamos e o aluno segurou o cesto. A única regra era manter-se a uma determinada distância para arremessar a bola. Hot Park acertou todos os arremessos da bola, mostrando possuir uma ótima pontaria, enquanto eu não acertei nenhum arremesso, o que o divertia bastante.* (2º atendimento)

> *Fomos jogar no corredor, na parte externa da clínica. Hot Park se divertiu muito toda vez que eu não conseguia pegar a bola ou quando a bola caía em lugares difíceis para eu apanhar. Comentei com ele sobre suas habilidades em arremessar e pegar a bola com uma só mão. Sempre arremessava a bola com velocidade e direção certa. E quando arremessava curto, dizia: "Tem que enganar também"* (blefar). *Eu complementei: "Como no tênis"? Ele concordou.* (11º atendimento)

> *Hot Park perguntou, então, se poderia brincar de bola. Sugeri que fôssemos para a parte externa da clínica, pois tinha mais espaço. Hot Park queria arremessar a bola, enquanto XLR-8 queria chutar. (...) Os alunos ficaram de goleiros e eu de juíza. Hot Park possui uma grande potência em seus arremessos e em seus chutes. Os alunos tinham dificuldades para agarrar a bola.* (28º atendimento)

Perrotti (1990) ressalta que a concepção de desenvolvimento da criança a partir da perspectiva etária reforça a ideia de criança como um organismo em formação que necessita de tempo e mudanças de funções e habilidades. “A criança é sempre alguma coisa imperfeita que necessita ser lapidada, educada” (p. 12). Para esse autor, a criança, nesse sentido, pode se aproximar de grupos totalmente marginalizados da vida política e sociocultural tais quais as pessoas com doença mental, os índios, os analfabetos e, por minha conta, acrescento as pessoas com deficiência. Deparo

> [...] com uma importante questão: a criança com deficiência, nessa lógica, é vista como a falta na falta? [...] o não andar é a falta que se encerra na criança, vista como aquela que falta ser completada tal qual um adulto. Se há uma dificuldade para olhar a pessoa com deficiência a partir do que ela é, associada ao fato dessa pessoa “ainda” ser uma criança, pensamos como pode ser considerado aquilo que elas fazem? (TAKATORI et al., 2007, p. 95).

A produção da criança como cultura não é vista, uma vez que ela é considerada um ser humano que não está pronto para produzir. No entanto, essa criança está diante da realidade social pronta para receber uma cultura que vem de fora, de experiências das quais não participa, muitas vezes, sem abertura para aquilo que possa ser próprio. A criança consome produtos culturais e a cultura fica reduzida aos produtos e objetos que podem ser mercantilizados.

Nesse cenário, a criança com deficiência, duplamente, corre o risco de não ser reconhecida pelo que faz, uma vez que seu fazer está associado ao estranho, ao anormal, ao diferente, à ausência (TAKATORI et al., 2007). É um risco que deve ser refletido pelo profissional e pela família.

Conforme Certeau (1995, grifo nosso), o homem comum, através das *artes de fazer*, apropria-se do que lhe é apresentado pela cultura, anterior à sua existência como pessoa, porém esses indivíduos comuns, no seu dia a dia, fazem as coisas com uma criatividade que dribla uma denominada cultura que se propõe única e dão origem a formas próprias de fazer. Esse autor evidencia não os produtos culturais oferecidos em uma determinada sociedade, mas os gestos de seus usuários que operam sobre aquilo já dado. O gesto, para esse autor, é um ato produtor que leva às criações anônimas, diferentes maneiras de fazer que compõem a cultura na vida comum e cotidiana. É dessa cultura do dia a dia da realidade compartilhada que as crianças como Isabela, *Hot Park*, Caio, XLR-8 e outras participam ou necessitam participar e ser vistas também como responsáveis.

A terapia ocupacional se insere, em um determinado momento da vida do indivíduo, no seu cotidiano, e aquilo que ele faz nessa terapia, vejo como produções de cultura. Essa produção faz parte da dinâmica do dia a dia da realidade compartilhada.

O reconhecimento da produção e de quem fez vem também da circulação social e das repercussões sociais das atividades. O paciente e seu fazer estão materializados nas produções que estão nos espaços sociais e são vistos e reconhecidos por outros. Podemos ser vistos não de forma direta, mas por meio de nossas obras, daquilo que fazemos.

> *Hot Park já estava continuando seu cachecol, quando lembrei de pegar o tear do XLR-8 para lhe mostrar. Contei que XLR-8 tinha visto sua atividade e gostado. Achou interessante e pediu para sua mãe um tear, pois também queria fazer um cachecol. Hot Park ficou entusiasmado com o fato e disse em tom de alegria: "É muito legal fazer cachecol"*. (26º atendimento)

Mesmo assim, com muitos pacientes ainda pode haver movimentos de não crença nas próprias possibilidades, como um não reconhecimento de si mesmo, como pareceu mostrar *Hot Park* em alguns momentos:

> *Sempre colocando de forma angustiada, Hot Park ficava comparando o seu trabalho com o do aluno, dizendo que o seu estava menor. O aluno disse que era devido ao distanciamento dos pregos entre si. Se o distanciamento fosse maior os pontos seriam maiores e vice-versa.* (21º atendimento)

Ensinei *Hot Park* como se tece em tear de pregos. Estava fazendo um cachecol, primeiro para presentear uma pessoa, depois mudou e resolveu fazer para ele. O aluno também aprendeu essa técnica e passou a fazer também o seu cachecol nos atendimentos. *Hot Park*, com frequência, se interessava em ver o cachecol que o aluno estava fazendo. Ao vê-lo, dizia que estava maior do que o dele e queria saber o porquê. A presença do aluno(a) diferenciou-se da pessoa do terapeuta. Talvez as crianças vissem o(a) aluno(a), como já disse, tal qual um companheiro, um amigo a ser admirado ou com quem se comparar. Eu e o aluno explicamos que era devido ao distanciamento dos pregos do tear. *Hot Park* ainda mostrava certa preocupação e competição com o aluno, por vezes interrompia sua atividade para olhar o do outro, sempre insistindo que o cachecol do aluno estava maior, às vezes, pedindo para esperá-lo, na tentativa de alcançar o tamanho. Quando *Hot Park*, novamente, questionou por que o cachecol do aluno estava maior, expliquei-lhe mostrando a distância entre as duas fileiras de pregos do tear, entre as quais cabia minha mão enquanto que no seu tear, minha mão não se encaixava. *Hot Park* me imitou, tentando entender a explicação. Depois mostrei-lhe, colocando o tear contra a claridade da janela, que os pontos do cachecol do aluno eram mais espaçados, portanto ficaria mais "esburacado", e o dele ficaria com os pontos mais

próximos e reteria mais o frio. Desde então, *Hot Park* passou a olhar por entre os pontos do seu cachecol, colocando-o contra a claridade e comentando que através dele as coisas ficavam *"esbranquiçadas"* devido aos *"pelos de lã"*.

> *Fazendo a atividade, Hot Park comentou: "Tá feio. Eu queria que tivesse assim"* (apontou do alto ao chão e depois mostrou com as mãos que iam da mesa até o chão, dizendo do tamanho que gostaria que o cachecol tivesse). *Disse que só se ele fosse mágico. Ele disse que era e fez um gesto de mágico com a agulha de crochê. Sorriu e continuou a atividade.* (26º atendimento)

> *Fazia contas para ver quanto faltava para chegar na 15ª fileira. Mas fazia rápido várias possibilidades como: "se for 12, falta 3", "se for 11, falta 4" etc. Contávamos nos dedos* (ele usou os dedos da mão direita também) *ou fazíamos de cabeça. Ele, muito rápido. Comentei: "Você é inteligente" e Hot Park logo retrucou: "Não sou nada". Depois disse: "Sou burro, lá na sala quase fiquei por último". Mas não quis me contar o que aconteceu, se era em relação às notas da prova ou de um exercício ou de uma competição. Desconversou. Eu acrescentei que quando a gente admira uma pessoa, elogiamos e podemos dizer que ela é inteligente.* (39º atendimento)

Diversas vezes referia-se às suas atividades como feias. Nesses momentos associava essa fala ao seu receio de não ser reconhecido socialmente, de não ser aceito tal qual era. Nunca consegui dizer isso a ele. Talvez dissesse em um tempo posterior, mas certamente, não naquele momento de construção de nossa história.

> *Certa hora dos acontecimentos, Hot Park disse que a parte que tinha feito da atividade estava feia. Eu e o aluno comentamos que estava bonito e disse que só faltavam alguns detalhes para terminar.* (8º atendimento)

> *Disse, novamente* (como no atendimento anterior)*, que a parte que ele fez sozinho estava "feia". Eu, olhando os lados da moldura, não vi diferença e disse isso a ele.* (9º atendimento)

> *Peguei material para desenho e Hot Park logo disse: "Agora não sei o que eu desenho", mostrando-se pensativo e incomodado com o fato de não saber de imediato o que ia desenhar. Disse a ele para pensar com calma. Insistiu para que eu desenhasse também. Logo que iniciou o desenho disse: "Tá feio". Perguntei o que ele achou que não ficou bom. Repetiu que estava feio o seu desenho. Disse a ele que poderia usar a borracha que serve para isso, apagar o que não gostamos para fazer de novo. Pareceu que usar a borracha não iria resolver sua insatisfação.* (20º atendimento)

A hesitação era comum nas suas atividades de desenho. Mostrava-se incomodado com a necessidade de tempo para que as coisas fluíssem, como se isso acentuasse uma ideia de si como alguém que tem dificuldades para ter ideias. Sempre pensava que *Hot Park*

buscava o reconhecimento social, talvez a razão para essa hesitação prolongada. Como Winnicott (1941) descreve, a fase de hesitação é quando o bebê avalia o ambiente ao olhar ora para sua mãe ora para ele, o médico, antes de ir a cabo em seu gesto de pegar a espátula. O prolongamento ou a supressão da hesitação ou de outra fase desse processo de experimentação pode ter algum sentido relacionado com as dificuldades de o indivíduo se relacionar com as pessoas e coisas do mundo compartilhado.

> *Pedi que fizesse primeiro um desenho em uma folha de sulfite. Hot Park ficou pensativo, parecia não saber o que desenhar. O aluno sugeriu que ele desenhasse algo que tinha feito no feriado, em sua viagem para a praia. Hot Park fez um gesto de concordância e começou a desenhar.* (3º atendimento)

> *Hot Park, em um primeiro momento, ficou preocupado por não saber o que desenhar. Mas logo escreveu na parte superior da folha: "O jardim". Começou desenhando o gramado com lápis de cor, ocupando todo o rodapé da folha. Lembrei que mora em casa e perguntei se havia jardim, disse que sim, mas pequeno. Fez uma grande macieira, com muitas maçãs. Em cada desenho ia alternando entre o lápis de cor e a caneta hidrocor. No galho da árvore fez um ninho com um passarinho e de seu bico saía um grande coração com uma linha ou fita em cima. (...) Hot Park disse que era um "cabelinho".* (4º atendimento)

> *Fizemos também uma atividade de desenho com caneta hidrocor a pedido do Hot Park. Como sempre ele, ao pegar os materiais, já dizia: "O que vou fazer, não sei". Essa frase antes era acompanhada de angústia e dúvida maiores. Propus então pensarmos a partir de um tema: o que gostamos. Expliquei a temática duas vezes, pois Hot Park não tinha entendido como desenhar a partir de um tema, isto é, pensar primeiro e depois escolher uma coisa entre as que foram pensadas para desenhar.* (34º atendimento)

Parecia precisar de um apoio externo para ter coragem de iniciar uma atividade e manifestar-se por meio dela. Uma palavra, uma sugestão, uma ideia explicitada pelo terapeuta ou, outras vezes, o silêncio de nossa angústia diante da angústia do paciente, foram formas que lhe davam tempo para se arriscar e criar seu gesto. "É o silêncio da terapeuta. O silêncio dos seus próprios desejos, anseios, do saber antecipado, da ansiedade [...]" (BENETTON, 1995, p. 66).

Há também o silêncio que o paciente procura como momento de relaxamento diante do excesso de formatação e submissão à realidade externa. Safra (2006, p. 19) diz que as crianças podem buscar

> [...] um lugar para brincar, para realizar um não-jogo. [...] Vivem em um meio com excesso de presença e nele a criança não encontra espaço para o seu gesto pessoal. Essas crianças ficam aprisionadas em um tipo de situação existencial na qual a possibilidade de criar é perdida ou sufocada. [...] Brincar é não jogar, é

> encontrar o vazio e o silêncio em meio aos quais ela possa gestar o movimento pessoal.

Na terapia ocupacional digo que o não fazer pode ser um fazer. A recusa pode ser um gesto genuíno. É necessário recusar para abrir espaço para que o brincar verdadeiro aconteça. *Hot Park* fazia muitas atividades, como muitas crianças na atualidade. Dificilmente se recusava a fazer algo a ele proposto, como se isso pudesse abalar a situação ou a relação na qual se encontrava, mas percebia uma necessidade e um esboço de movimento de recusa que, quando acontecia, possibilitava espaço para o gesto próprio. *Hot Park* gostava de brincar com a lanterna. Um dia apagou a luz e jogou o foco da lanterna sobre a mesa na qual se encontrava seu pião, que havia feito no atendimento passado. Se alguém visse a cena, "de fora" do processo terapêutico, poderia parecer não ter sentido e ser visto como um "desperdício" usar uma sessão de terapia para isso, diante da preocupação com sua saúde física e o desenvolvimento de habilidades no membro superior direito. No entanto, eu via nessa atividade o *Hot Park* e ele foi visto por outras pessoas na bela imagem fotográfica: o rosto de *Hot Park,* alegre, curioso e brincalhão e seu pião iluminados e centrais em um fundo de escuridão.

O brincar, frequentemente, é desqualificado por nada produzir e por estar sempre colocado na categoria do infantil. A mentalidade habitual é que se algo é infantil, então é algo sem muita importância (SAFRA, 2006, p. 12). O brincar no contexto de um tratamento, mais ainda é visto, por outros profissionais, pela família, com descrédito e a terapeuta que utiliza essa atividade também, como se esse profissional não estivesse "produzindo" no atendimento.

Quando inicio a terapia com a criança, explico a ela e, principalmente, à família como é a terapia ocupacional, de modo que brincar com o filho em uma sessão de atendimento, na maioria das vezes, não é questionado. Mesmo assim, em alguns casos, há momentos em que a família volta a se angustiar com a limitação física da criança e o brincar e outras atividades, à exceção dos exercícios e técnicas de manipulação corporal, passam novamente a ser vistos com certa desconfiança. Não é tarefa fácil sustentar essa terapia ocupacional. No entanto, não tenho dúvidas de que a ausência de atividades no cotidiano de uma pessoa é sinal de risco à saúde e um dos caminhos para retomar o desenvolvimento saudável é viver experiências de fazer atividades que possam ser articuladas com sentidos e significados de poder ser a si mesmo e ser aceito, isto é, reconhecido na realidade compartilhada.

Em algumas situações, quando possível, a palavra não relativa ao paciente, mas ao próprio terapeuta e sua história, constituiu também os procedimentos do terapeuta que consentiram e reconheceram o gesto (ou o potencial gesto) do paciente:

> *Em um dado momento começamos a conversar sobre animais e Hot Park disse que tinha uma cachorra, Vitória, que ficou grávida e morreu. Ele disse que ficou triste, mas não chorou. Ao dizer isso, parecia que achava que não deveria chorar ou se emocionar. Nesse instante, falei sobre ficar triste e chorar, contando um episódio em que chorei muito com a morte de um passarinho que tinha ganhado na escola. Hot Park me ouviu com muita atenção.* (4º atendimento)

> *Um momento de explícita sintonia foi quando eu e ele apertamos, juntos, o tubo de cola uma vez que estava no final. Hot Park ria bastante da situação e toda vez que precisava de cola, me solicitava para apertarmos juntos o tubo. Certa vez, fez sozinho, mas apertou o tubo contra a face dorsal da mão direita. Disse a ele que dessa forma não era bom, pois forçava muito a região do punho. Fez que não me ouviu. Tive que ser mais clara, pedindo a ele que parasse de fazer as coisas para me ouvir. Conversei sobre cuidar do próprio corpo, principalmente, quando sabemos que temos algum "problema". Usei minha história como exemplo e Hot Park ficou curioso para saber o que eu tinha.* (9º atendimento)

> *Também brincou no balanço, na sala de estimulação sensorial. Não demonstrou temer esse tipo de brinquedo e usou as duas mãos para se segurar nas cordas, mantendo ótimo posicionamento. Mostrou-me como apoia com a mão sobre a mesa* (um dos exercícios orientados), *com extensão de punho e dedos. Falei sobre fazer nova órtese e ele concordou. Conversamos também sobre a nutrição e regimes. Expliquei que pessoas magras, como eu, também podem querer e/ou necessitar fazer regimes para engordar. Hot Park me ouvia atentamente, sempre interessado nos meus exemplos e histórias.* (14º atendimento)

> *Brincamos a maior parte do tempo. Tinha dito ao Hot Park que faríamos também alguns exercícios. Delimitei que quando faltassem 20 minutos para encerrar a brincadeira, partiríamos para os exercícios. Hot Park manifestou que não queria parar de brincar. Enquanto eu examinava a mão de Hot Park, ele continuava a manipular o brinquedo. Tive que chamar a sua atenção, para que ele percebesse o que estava sendo feito. Dando pouca importância Hot Park parou de manipular o brinquedo. (...) Fizemos alguns exercícios e posteriormente dei algumas orientações para que ele fizesse os exercícios em casa, explicando sua importância. Em um dos exercícios perguntei ao Hot Park se estava doendo o braço, ele me respondeu que pouco. Disse que o meu braço doía e que era devido à minha idade. Perguntei ao Hot Park quem era o mais velho dos três. Respondeu que era o aluno. Disse que não era. Perguntei também se ele sabia qual era a minha idade, disse que eu tinha 88 anos. Todos nós demos risadas. Todos nós contamos nossas idades. Exemplifiquei falando de seu avô e perguntando a idade dele, Hot Park pensou um pouco e disse que ele tinha 63. E perguntei se o seu avô fazia as mesmas coisas que ele fazia no dia a dia, Hot Park respondeu-me que não. Expliquei que geralmente as pessoas vão envelhecendo e perdendo um pouco*

> *da força muscular e amplitude dos movimentos e daí a importância de cuidar do corpo e fazer "ginástica".* (5º atendimento)

Entre as atividades realizadas na terapia ocupacional, embora algumas qualificadas por *Hot Park* como feias, houve outras indicativas de potencialidade e acompanhadas do sentimento de ser capaz:

> *Já estava na hora de finalizar o atendimento. Hot Park queria ficar mais. Havia feito várias fileiras, de modo concentrado e determinado. Como a sala ia ser usada, perguntei o que ele achava de continuar lá fora. Ele quis e me ajudou a levar os materiais para a mesa externa às salas. Continuou concentrado. Estagiárias passaram e ao vê-lo, comentaram como estava bonito seu trabalho* (cachecol em tear). *Eu disse que algumas delas não sabiam fazer e que eu ia ensiná-las. Acho que ele não me ouviu bem e disse: "Eu vou ensinar"? Deixei a situação como estava, pois vi que ele se sentia capaz de ensinar, quando complementou: "Mas eu não lembro como faz aqui* (mostrando o começo)*". Eu falei que também não sabia o começo desse jeito que a aluna nos ensinou. Combinamos que ela nos ensinaria de novo esse começo.* (39º atendimento)

> *Peguei em cima de uma prateleira, uma placa de papelão, que já havia separado para esta atividade. Hot Park pediu para que visse a placa. Esta placa tinha um recorte vazado no centro, parecendo uma televisão. O aluno disse que realmente parecia uma televisão, eu disse que era uma televisão de 29 polegadas e rimos. Hot Park se empolgou e disse que estava na televisão, pegou a placa com as duas mãos, com um pouco de dificuldade, e o seu rosto ficou ao centro da parte vazada da caixa. Hot Park começou a cantar uma música não muito inteligível, mas sorria o tempo todo, começou a falar algumas frases do tipo: "Eu estou na televisão"!* (6º atendimento)

A consciência corporal, como já havia dito, é um processo complexo alcançado, na maioria das vezes, não somente a partir das orientações recomendadas por alguém. No início, descuido e despreocupação com seu corpo. Aos poucos *Hot Park*, embora, como a maioria das crianças, não gostasse de fazer a "ginástica", parecia que foi incorporando-a como uma das atividades propostas, necessárias e realizadas nessa terapia ocupacional:

> *Pedi que ele se sentasse, pois se encontrava em uma posição desconfortável e prejudicial à sua coluna; no primeiro momento ele não atendeu, depois de certa insistência, acabou cedendo.* (2º atendimento)

> *Durante essa atividade, Hot Park, enquanto desenhava com a mão esquerda, a direita permanecia em flexão de punho* (postura "caída")*, desvio ulnar e polegar em ligeira adução. Apoiava a folha levemente com a ponta dos dedos. Tendia a desviar o pescoço e flexioná-lo para a direita, dirigindo a cabeça para a esquerda. Começou a atividade sentado de frente para a mesa e terminou de lado, quase caindo da cadeira. Comentei com ele.* (4º atendimento)

Estabelecemos uma mesma dinâmica, sentávamos no colchonete e o imitador ia para a frente com a luz apagada e só acendia quando estava "pronto". A proposta era imitar animais e não usar sons. Imitamos os mais inusitados bichos. Hot Park explorou bastante os planos baixos, utilizando-se dos apoios corporais e, principalmente, dos membros superiores, estendendo todos os dedos com bom posicionamento; apenas quando se sentia um pouco cansado, acabava flexionando os dedos e descarregando a carga de peso sobre eles. Hot Park e o aluno, durante a brincadeira, ficavam "zombando" de mim, pela demora da minha escolha do animal para imitar, ficavam "roncando", fingindo que estavam dormindo, e davam muitas risadas, ainda mais com a movimentação que criávamos com o corpo. Em seguida passamos para a imitação de objetos. Hot Park imitou um pião e rodou por toda a sala. (19º atendimento)

Hot Park demonstrou uma maior mobilização para o exercício, mostrando concentração e interesse. Pedi para mostrar ao aluno o exercício de descarga de peso sobre a mão e o braço em extensão que ele faz sobre a mesa. Parecia mostrar com orgulho. (17º atendimento)

Enroscou ao virar o tear e com a mão direita segurou a linha e ajeitou. Hot Park tem usado mais a mão direita nas atividades, sem haver necessidade de orientá-lo. Começava a fazer a atividade e, ao perceber uma instabilidade, por exemplo, o tear se mexendo sobre a mesa, lembrava-se de usar a outra mão. (39º atendimento)

O mesmo aconteceu com o uso da órtese para sua mão direita:

Deixei claro para ele que a órtese só tinha importância se o ajudasse a fazer as coisas (minha intenção era dizer que mesmo um aparelho, que, a princípio, tem a ideia de ajudar, pode dificultar a pessoa e isso seria avaliado com a ajuda dele). *Em um primeiro momento parecia que a órtese o inibiu no uso de sua mão.* (25º atendimento)

Perguntei se ele estava achando estranho ou se tinha se acostumado com a órtese. Perguntou-me o que era "estranho". Expliquei dando exemplo de um tênis que a pessoa usa e não sente dor ou incômodo e, portanto, se acostumou a usá-lo e um outro sapato novo que, ao ser usado, a pessoa ainda estranha. Ele disse que ainda está estranhando a órtese. Disse: "Ainda não pintei". Eu não entendi e pedi que repetisse e explicasse. Hot Park repetiu a frase meio irritado com o fato de eu não ter entendido. Depois acrescentou: "Eu ainda não pintei de vermelho, Power Ranger. Tenho papel vermelho, só se colar". (26º atendimento)

Na avaliação da órtese, Hot Park mostrou-se descompromissado com a situação. Voltamos para a sala com a terapeuta ocupacional (outra profissional que confecciona órteses) *e Hot Park logo foi mexer na pia. Tive que ser firme e tirá-lo de lá, apontando que a terapeuta estava lá para vê-lo. Foi aumentada a curva da órtese no ponto onde Hot Park se queixava de incômodo e a pele ficava avermelhada* (região da articulação metacarpo-falangiana do polegar*). Reforçei a importância de usar para saber se a órtese funciona ou não. Disse, enquanto a*

> *outra terapeuta estava refazendo sua órtese, que sabia o quanto devia ser difícil usar o aparelho na escola e em outros espaços sociais, mas só saberíamos se a órtese faria bem ou não para ele se ele usasse. Fiz um acordo com Hot Park para que ele colocasse a órtese sozinho* (ele já havia experimentado e visto que consegue colocar sozinho) *e a usasse em casa e na terapia.* (31º atendimento)

> *Lembrei Hot Park e falei que ele tinha esquecido do nosso acordo. Hot Park parou de fazer a atividade e me olhou atento e respondeu prontamente, entendendo do que eu falava: "Mas você falou que era só em casa"* (sobre o uso da órtese). *Não me lembrava se havia deixado claro que na terapia também era para usar, mas refiz o acordo com ele. Nessa hora XLR-8 mostrou-se curioso e atento à conversa, dizendo que ele não sabia o que estava sendo dito. Hot Park disse: "Não é nada que te interesse". XLR-8 insistia em saber. Eu então fiz ambos pensarem, pois XLR-8 também não estava usando a órtese para o membro inferior. Brinquei de "o que é o que é", dizendo que era algo que ambos não tinham trazido, um usa no pé e o outro na mão. Hot Park disse: "Pulseirinha". XLR-8 demorou, mas descobriu e disse: "Goteira".* (32º atendimento)

> *Hot Park disse baixinho algo que não entendi, apontando para a sua mão direita. Disse o que tinha. Ele me respondeu: "Hoje eu vim". Levantou a manga da camiseta, estava com sua órtese. Disse que bom que ele estava com a órtese, fiquei bastante feliz. E Hot Park sorriu.* (33º atendimento)

> *Notei e comentei que ele havia vindo novamente com a órtese. Disse que colocou sozinho, sua mãe somente ajustou na prega entre polegar e indicador. "O resto eu ponho", disse.* (34º atendimento)

> *Hot Park veio ao atendimento e no caminho para a sala ele me perguntou o que havia de diferente nele. Eu arrisquei e disse que era o boné, pois eu não conhecia. Ele respondeu que não era. Então eu disse se era a respeito dele estar usando a órtese. E ele confirmou, com um sorriso.* (38º atendimento)

A indicação de tecnologia assistiva[5] é pautada no conhecimento específico e técnico do terapeuta ocupacional. A confecção ou obtenção desse dispositivo assistivo, tal qual uma órtese, necessita de compreensão e consentimento do paciente (e/ou familiar) para que esse processo se encerre com o efetivo uso desse dispositivo. Muitas vezes, o dispositivo é de alto custo e só será efetiva sua indicação se o paciente fizer uso dele no seu dia a dia e se esse uso for lhe beneficiar na realização das atividades e/ou na prevenção de agravos em sua saúde, como, por exemplo, aparecimento ou aumento das deformidades, diminuição da amplitude de

[5] Segundo a lei pública, "*Technology-Related Assistence for Individuals with Disabilities Act-Public* 100-407", datada de 1988 nos EUA, tecnologia assistiva é "qualquer item, peça de equipamento ou sistema de produtos, quando adquiridos comercialmente, modificados, ou feitos sob medida, que é usado para aumentar, manter ou melhorar as habilidades funcionais do indivíduo com limitações funcionais" (MELLO, 1999, p. 408).

movimento, posturas inadequadas, e outras situações que possam trazer maiores prejuízos à saúde da pessoa.

Castiglioni (2005) aborda sobre os caminhos pelos quais a tecnologia vai penetrando no corpo humano e nos objetos do cotidiano e traz uma discussão crítica sobre a relação entre pessoa com deficiência e tecnologia assistiva. As mudanças tecnológicas são acontecimentos inevitáveis, mas devem ocorrer sem esquecer-se do homem para o qual elas servem. "[...] a tecnologia só tem sentido quando está a serviço da vida, do ser humano, do meio ambiente" (p. 12).

> *Quando perguntei se tem usado a órtese em casa ele me respondeu com outra pergunta: "Yes ou No"? Eu respondi: "Yes", tentando adivinhar qual seria sua resposta, mas errei, ele não estava usando. Ao final do atendimento, Hot Park me ajudou a guardar os materiais. (...) Sentei com ele e olhando nos olhos um do outro conversamos sobre a órtese. Disse que eu precisava que ele usasse em casa para me ajudar a definir se a órtese o ajudava nas atividades ou não. Novamente disse que se o aparelho não fosse auxiliá-lo, não haveria razão de usar uma coisa que não gosta e ainda não o ajuda em nada. Mas para descobrir isso precisávamos que ele usasse. Dei novamente o exemplo do sapato que, apesar de novo, muitas vezes, ao usá-lo vemos que não nos serve e nos machuca, tendo que deixá-lo de lado e providenciar outro sapato. Fizemos um novo acordo e ele se comprometeu a usar.* (38º atendimento)

Embora não haja, geralmente, pessoa que queira pelo próprio desejo usar uma tecnologia assistiva, exceto nos dias de hoje em que muitas pessoas expressam gostar de usar aparelhos ortodônticos e óculos, a necessidade é compreendida e reconhecida quando a explicitação da indicação vem de uma pessoa com a qual o paciente apresenta uma relação de cumplicidade e confiança.

Mesmo considerando a população infantil, quando possível do ponto de vista da compreensão e comunicação da criança, é importante partir da sua decisão sobre o uso da tecnologia assistiva. Há, muitas vezes, uma aceitação da criança decorrente do discurso materno e do terapeuta por serem pessoas de referência, mas, mesmo tendo essa influência, cabe ao terapeuta fazer essa investigação junto à criança. "[...] a decisão do uso do recurso é da pessoa com deficiência ou idoso – pois isso pertence ao processo de autonomia, onde o significado do uso deve estar contextualizado na vida do usuário" (ROCHA; CASTIGLIONI, 2005, p. 98).

Aquela menina, paciente de 10 anos citada no capítulo 6, que sofreu um trauma cranioencefálico aos 5 anos de idade, apesar de apresentar afasia expressiva e de sua compreensão ser difícil de ser avaliada, mesmo tendo discussões com outros profissionais como sua fonoaudióloga, pedagoga e fisioterapeuta, ficou claro para mim sua recusa em

utilizar, em um dado momento do processo de terapia, pranchas com fotografias como forma de comunicação suplementar e alternativa. Toda vez que víamos as fotos e eu fazia comentários sobre elas, a menina sorria e mostrava apreciar essa atividade. No entanto, quando comecei a propor que ela usasse as fotos como forma de comunicar o que gostaria de fazer durante a terapia, a menina aproximava das fotos de modo rápido, brusco e com intenção de agarrá-las para amassar, gesto acompanhado ora de um sorriso sarcástico, ora de uma expressão de seriedade. Naquele momento ela me dizia que não queria conversar comigo daquela forma, utilizando a tecnologia assistiva. Rocha e Castiglioni (2005) ressaltam que "se a tecnologia representar um fracasso, significar uma acusação de sua impotência, um atributo negativo de denúncia social e psicológica de suas limitações, ele não irá promover independência e autonomia" (p. 98).

Os cuidados com os materiais e atividades do paciente constituem também procedimentos de cuidados destinados ao paciente. XLR-8 percebeu que havia um lugar específico onde eu deixava suas coisas. Percebi que isso o mobilizou também a cuidar melhor de suas coisas, guardando os materiais que utilizava no atendimento e suas atividades em andamento.

Cuidar da atividade do paciente e chamar sua atenção para esse cuidado, valorizando a atividade, contribui para que aquele que fez também reconheça um valor nas suas atividades e possa criar sentidos. XLR-8 mostrou-se, aos poucos, apropriado dos materiais e de suas atividades, participando na hora de guardar os materiais utilizados e ao nos colocar em outro lugar, não o de pessoas que estão ao seu dispor e sob suas ordens, mas que estão lá para ajudá-lo, tal qual ele mesmo disse, a "aprender" a fazer de outras formas que favoreçam seu desenvolvimento saudável:

> *XRL-8 tem dificuldades para se organizar na mesa. Algumas vezes, o papel usado em sua atividade deslizava para fora da mesa e ele acabava apoiando seu braço sobre ela, amassando-a, outras vezes, colocava o braço em cima de onde tinha passado cola, "lambuzando-se" durante as atividades. Sempre o alertamos quando isso ocorria.* (7º atendimento)

> *O final do atendimento estava próximo e começamos a organizar os recipientes. XLR-8 queria guardar as tesouras e colas também* (no armário onde estava colocando suas atividades em andamento)*, dizendo que eram suas. Expliquei a ele que precisávamos guardar em outro lugar, no armário de materiais para atividades gráficas, porque outras pessoas também usavam. Lavamos as mãos e XLR-8 pegou um "montinho" de papel toalha e os copos descartáveis que ali estavam e disse que queria guardar junto com suas coisas, apoderando-se desse material para suas atividades. Perguntou onde era o armário com suas coisas. Mostrei a ele e disse que colocaria esses materiais junto.* (7º atendimento)

> *Ao final do atendimento, XLR-8, mais uma vez, reforçou que os materiais que havia usado eram dele. Quis ver o "seu armário"* (prateleira de um dos armários onde guardava suas atividades em andamento), *perguntando se era só dele e perguntou de quem era a prateleira de cima. "Ninguém coloca aí, só eu"? Falei que em cima era onde colocava as atividades do Hot Park e ele perguntou por que estava vazio, demonstrando curiosidade em saber.* (8º atendimento)

> (Nesse atendimento, XLR-8, eu e a aluna, brincamos de "casinha", como ele mesmo nomeou.) *Após momentos ricos de faz de conta, pela primeira vez, XLR-8 guardou tudo sem precisarmos pedir.* (10º atendimento)

> (Nesse dia, XLR-8 estava aprendendo a atividade com a técnica de biscuit). *(...) Voltou a se interessar pelo jardim com a joaninha. XLR-8 ia seguindo as instruções da aluna que estava ensinando a técnica. Acabou fazendo só a joaninha, não fez a árvore nem as flores. Ao término da atividade, peguei sua peça, a joaninha, e fui colocá-la junto às outras sobre a bancada da pia, para secar quando, então, a peça caiu da minha mão e foi parar no chão. Eu fiquei muito constrangida, afinal sempre procuro e ensino que cuidar das atividades dos pacientes é uma das formas, necessária e fundamental, de cuidar deles. No entanto, apesar do acidente, XLR-8 rapidamente lidou com a situação com muito bom humor. Eu e os alunos ríamos da situação e do comentário de XLR-8 que disse: "Assassina"!, fingindo chorar sobre a mesa diante da queda de sua joaninha. Nesse dia, como tem sido mais habitual, XLR-8 nos ajudou a guardar os materiais. Fomos até o armário e ele guardou suas atividades e os materiais.* (17º atendimento)

> *O tempo do atendimento havia acabado, XLR-8 e Hot Park foram buscar suas atividades, falei para tomarem cuidado para não virar, pois principalmente no caso de XLR-8, o cartão ainda estava molhado de cola, já que não quis deixar para levar na semana seguinte. Seguindo minha sugestão, os dois foram levando as atividades como se estivessem carregando uma bandeja no meio de um bar ou de uma lanchonete lotada. Brincando desceram a rampa.* (18º atendimento)

Fazer o paciente ter cuidado com sua atividade é expressar minha preocupação com ele e seu fazer. Além de favorecer que ele se preocupe, responsabilize e participe do cuidado de si mesmo, também tem o sentido de reconhecimento e importância a tudo que lhe diz respeito.

> *Hot Park, antes de entrar na sala, me perguntou se eu havia trazido o "vermelho", referindo-se à lã de cor vermelha para seu cachecol. Disse que sim. Mostrei-lhe duas opções, a vermelha e uma lã na cor azul clara. Hot Park permaneceu com a cor vermelha.* (30º atendimento)

Certeau (1995) diz que os atos cotidianos supõem uma efetuação em um sistema (linguístico ou não linguístico), uma apropriação ou reapropriação de condições para que o

ato seja realizado, um contrato com o outro (no instante do ato, como o dialogar, ou posterior ao ato, como o narrar ou o mostrar, por exemplo), e a instauração de um presente pelo ato da pessoa. O presente implica em um antes e um depois, isto é, um campo de historicidade e a existência de um agora que é presença no mundo.

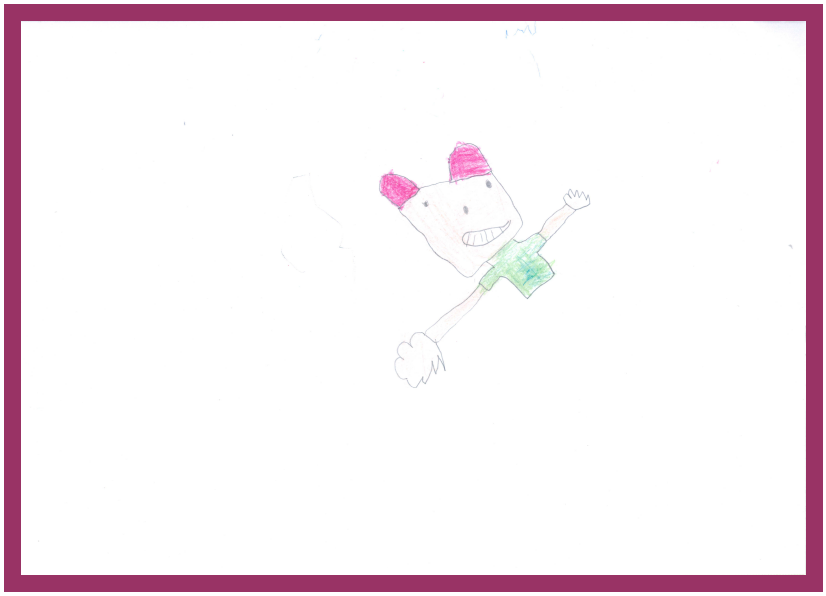
Muitas presenças são vistas como estranhas na realidade compartilhada. No entanto, o que era estranho pode tornar-se cotidiano e conhecido e, muitas vezes, reconhecido como fazendo parte ou resultado de um gesto genuíno de alguém. Mas, para isso, o gesto necessita acontecer. E quando alguém pode ser reconhecido por seu gesto criativo, insere o diferente e novo. Os gestos e brincadeiras de Isabela, as brincadeiras simplesmente criativas do *Hot Park* e as ações, como as falas, inusitadas de XLR-8, são alguns exemplos.

Ensino das atividades, contorno para favorecer e viabilizar a realização das atividades, acrescidos do reconhecimento dessas atividades, podem favorecer à essas crianças lugares de visibilidade, singularidade e importância. E como é bom ser visto e se sentir importante para alguém! Como Winnicott (1971a, p. 154, grifos do autor) diz:

> [...] em certo ponto, o bebê passa a olhar em volta. Talvez um bebê ao seio não olhe para este. É mais provável que a característica seja olhar para o rosto. E o que vê o bebê ali? [...] Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali.*

Fortes garatujas de uma pequena princesa de 2 anos.

Formas gráficas mais elaboradas de uma princesa de 6 anos.



8 ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As atividades humanas têm a característica de sustentarem e perpetuarem histórias e relações no cotidiano das pessoas. Uma viagem que faço com alguém permanece por muito tempo, senão por toda a vida, na minha memória e na da pessoa que viajou comigo e pode nos servir para contar histórias e manter as relações sociais em função dessa atividade compartilhada. Uma ida ao supermercado me permite recontar essa experiência ao outro, o que me mantém em atividade mesmo não estando mais no supermercado fazendo compras e me leva à outra atividade que é conversar na realidade compartilhada. Uma pintura que faço, embora em um momento de quietude e descobertas, pois encontro-me sozinha com minha atividade, emoldurada e colocada na parede da minha casa, conecta-me com outras pessoas que olham, perguntam e comentam sobre a pintura e, nesse caso, podem me ver em parte através dela. É por essas e outras situações que reafirmo que compreendo as atividades, originárias das atividades humanas, como um instrumento privilegiado dos procedimentos do terapeuta ocupacional no sentido de favorecer a comunicação e a aproximação da pessoa que as realiza com o mundo compartilhado, da cultura e das relações sociais. Compreendo que fazer terapia ocupacional por si só é um início de uma ampliação e uma passagem para outros fazeres e espaços sociais.

> O campo da Terapia Ocupacional está localizado exatamente na intersecção interno-externo, indivíduo-sociedade (grupo), pensar-fazer, aquilo que é psíquico-aquilo que é corporal. [...] A Terapia Ocupacional é eminentemente social pois o fazer é sempre um ato social. Os homens se juntam para fazer coisas e o fazer junto cria um tipo especial de relação, um identificar-se pela ação ou por seus objetivos em comum. Aquilo que é feito, o é em um mundo compartilhado (MAXIMINO, 1997, p. 2).

8.1 SAIR PARA FAZER TERAPIA OCUPACIONAL: UM INÍCIO

Ir à clínica, ao consultório, ao ambulatório ou ao outro andar no hospital onde está seu terapeuta ocupacional já é para o paciente uma forma de ampliar os espaços sociais e a participação social, em um dado momento da sua vida. Esse paciente é um sujeito alvo de uma clínica específica que lida com uma população de pessoas que vivenciam uma ruptura e mudança (temporária ou definitiva) em uma forma conhecida e apropriada de fazer suas

atividades, devido a alguma doença, à consequência da doença, ao acidente e/ou às condições sociais precárias.

Retomo a história do paciente, o menino de 10 anos, internado na enfermaria pediátrica de um hospital que, depois de alguns atendimentos de terapia ocupacional fazendo atividades no seu quarto (o leito era sua temporária "cama"), foi autorizado a descer alguns andares para ir à sala de terapia ocupacional. Não podia sair do hospital, embora fosse seu desejo, mas naquele momento já podia andar de elevador, descer e subir escadas e transitar por outros andares, um pequeno alívio diante de um inevitável e não esperado dia a dia ainda a ser enfrentado por mais alguns meses. Em um dos seus momentos de irritação, durante nossa conversa, perguntei a esse paciente o que poderíamos fazer para melhorar sua situação de ter que estar internado em um hospital. Respondeu-me: *"Passear pelo hospital, ver TV e fazer atividades com você"*.

Como afirma Maximino (1997), "[...] o 'se tratar' pode significar a ampliação dos espaços da vida, o contrário da reclusão, da imobilidade e da repetição" (p. 160).

Lembro-me também de Jorge, um homem de 44 anos, que começou a ampliar suas atividades cotidianas e a ter, novamente, uma narrativa cotidiana, a partir da terapia ocupacional. Jorge morava no interior com seus pais e tinha seu dia a dia naquela comunidade onde ele era visto e reconhecido. Mas sua mãe faleceu. Mudou-se com seu pai para São Paulo e foram morar com uma irmã. Realidade de metrópole que ele desconhecia. O pai veio também a falecer. Jorge permanecia trancado em casa, à espera de sua irmã voltar na hora do almoço e à noite, após o trabalho. Quais eram suas atividades diárias? Fumar cigarros e esperar a irmã. Quando começou a fazer terapia ocupacional, que passou a ter para ele o sentido de sua escola e a terapeuta de sua professora, seu dia a dia e sua casa começaram a ser preenchidos com histórias de pinturas, atividades de desenho e colagem, restauro de móveis, decoração com pinhas, organização de festa junina, fazer pipoca na panela e com materiais como tintas, papéis, pasta de couro, pinhas, réguas, lápis, borrachas e outros.

Kujawski (1988) diz que uma das esferas do nosso cotidiano é o passear. Não no sentido de realizar planejadas viagens, mas no sentido de andar pelas ruas e encontrar a si e outras pessoas que, nesse trajeto cotidiano, passam, pela repetitividade dos encontros e crescente familiaridade, a fazer parte da nossa história. Jorge passou a ter sua história na cidade de São Paulo. A terapeuta ocupacional, o porteiro da instituição onde fazia a terapia, outros pacientes e familiares que conheceu na sala de espera, o vizinho com quem passou a conversar e mostrar o que fazia na terapia, são algumas das pessoas que foi conhecendo e

foram fazendo parte de sua história. Hoje sou passado para ele, espero que associado às lembranças de experiências saudáveis.

8.2 ATIVIDADES NA TERAPIA OCUPACIONAL E REPERCUSSÕES NO COTIDIANO: DESDOBRAMENTOS

Nas histórias dos pacientes, acrescidas pela história construída na terapia ocupacional, muitas vezes, evidenciam-se as repercussões das atividades realizadas no processo terapêutico, no dia a dia das crianças e de suas famílias. Assim aconteceu com Isabela:

> *Sua mãe conversou comigo, relatando um episódio acontecido em casa em que Isabela enfileirou alguns objetos e, a certa distância, começou a atirar outro objeto sobre os primeiros. Depois a mãe lembrou-se que eu havia comentado sobre o jogo de boliche nos atendimentos, associando o que viu em casa a esse fato. A mãe mostrou-se satisfeita com os progressos que tem percebido com Isabela, contando-me com entusiasmo. Também se lembrou da última consulta no neurologista* (após iniciar a terapia ocupacional) *em que o médico observou que Isabela não estava jogando tanto os brinquedos como fazia antes. Enquanto isso, Isabela aproximou-se de mim, pegou nas minhas mãos, quase dando-me um abraço, (...).* (9º atendimento)

Como afirma Safra (2006), não se pode deduzir que a criança está brincando só porque ela está mexendo em brinquedos. Essa experiência pode ser uma experiência sensorial cuja sensação é fundamental para a criança, mas não necessariamente uma brincadeira. Esses brinquedos podem ainda não ser símbolos para a criança. Mas na medida em que alguém reconheça essa experiência que a criança vivencia, poderá abrir-se um acesso a ela para algo além da experiência sensorial.

> O brincar com símbolos nasce de um testemunhar. Depois do testemunho de alguém, o Outro estará presente de forma indireta nos brinquedos simbólicos que a criança estará utilizando. [...] o brinquedo deixa de ser simples sensorialidade e passa a portar o rosto humano (SAFRA, 2006, p. 18).

Isabela, no início, distribuía objetos, dava e tomava-os das pessoas de modo rápido, jogava e buscava a bola, o ritmo parecia aumentar na medida em que esse ato se repetia e assumia uma cadência própria. Depois começou a jogar bola no ritmo da música e no contexto do jogo de boliche. Passou a jogar boliche em casa com o pai. Os sentidos foram sendo criados em circunstâncias que pareciam até então não haver nenhum. Novos sentidos

foram acrescidos e reconhecidos pela realidade compartilhada. Seus pais viram naquele fazer um jogo de boliche, dando outro lugar aos gestos de Isabela.

Outras repercussões:

> *A mãe comentou rapidamente que tem percebido que Isabela está mais organizada depois que começou a fazer terapia ocupacional, demonstrando estar mais tranquila no dia a dia.* (13º atendimento)

> *Na saída, a mãe de Isabela falou: "Quando você vai falar comigo"?, relembrando de nossas conversas, interrompidas desde que ela deixou de trazer Isabela nos últimos atendimentos. A mãe comentou que Isabela agora está querendo comer sozinha, embora ainda derrube os alimentos.* (28º atendimento)

> *A aluna acompanhou a mãe até a recepção (...). Neste trajeto a mãe contou que Isabela tinha "falado" ao telefone pela primeira vez e que ela acreditava ter sido isso a causa do seu mal-estar, pois ficou muito emocionada com o fato. A aluna aproveitou e comentou à mãe que em alguns atendimentos brincamos de falar ao telefone com Isabela. Quando a aluna terminou de falar, a mãe disse que ao ouvir a coincidência ficou arrepiada, mostrando seu braço.* (34º atendimento)

Com XLR-8 também aconteceram algumas repercussões no dia a dia:

> *Em relação ao se vestir e despir, a mãe observou que XLR-8 tem realizado essas atividades com maior independência. (...) reforcei que XLR-8 tem condições e sabe se trocar, pois fez sozinho no atendimento.* (18º atendimento)

> *O tempo do atendimento havia acabado, foram* (XLR-8 e *Hot Park*) *buscar suas atividades* (feitas de papel e peças pequenas de massa de biscuit). *Falei para tomarem cuidado para não virar, pois no caso de XLR-8, a peça ainda estava molhada de cola. (...) Sua mãe ficou encantada com a atividade e quis aprender. (...) A mãe de outra criança que estava na sala de espera também se interessou e pediu a receita. Combinei com XLR-8 de passar a receita da massa para ele dar à mãe. XLR-8 apontou com entusiasmo quais as peças tinham sido feitas por ele.* (18º atendimento)

Em relação ao *Hot Park* lembro-me que ele havia iniciado, a partir de seu sexto atendimento, uma atividade utilizando a técnica de empapelamento. Após mostrar-lhe um livro que apresenta essa técnica e diversas ideias de objetos utilitários e de decoração, *Hot Park* escolheu um porta-retrato que acabou virando uma moldura de um desenho. A moldura tinha em toda a sua extensão corações em relevo e toda ela foi recoberta com pedaços de papel reciclado na cor rosa-antigo, cortados à mão. O desenho, feito também por *Hot Park*, inicialmente, era para ser dele, de sua mãe e de seu pai em uma praia, mas depois foi modificado. Fez a figura de sua mãe e a dele entre as árvores e no final mudou, fez somente o desenho de sua mãe, com um longo vestido colorido entre árvores ao seu redor, e o céu e o

gramado delimitando as partes superior e inferior do quadro. Feita com muita expectativa, ansiedade para ver o resultado final e entregar à mãe, *Hot Park* realizou a atividade com cuidado e habilidade. Foi auxiliado nos momentos em que tinha que usar o estilete, embora tenha solicitado experimentá-lo, para vazar a moldura, e a cola quente, para fixar os corações em papelão sobre a moldura.

As atividades que o paciente realiza na terapia ocupacional e leva consigo para casa, para a família ou para presentear alguma pessoa, constituem desdobramentos da experiência do fazer no espaço terapêutico e da relação triádica. Com isso, pessoas, circunstâncias, lugares e relações que já faziam parte da história do paciente ou que são novas passam a fazer parte, de modo indireto, da história construída na relação de cuidado, de modo que o paciente pode fazer uso do que viveu na terapia nessas situações, embora sem a real presença do terapeuta. Entretanto, por um tempo, geralmente durante o período em que o paciente ainda parece necessitar do profissional para seu cuidado, a história volta a ter sua continuidade no próprio espaço da terapia, mantendo a característica de ser material ao terapeuta e paciente para a vivência de experiências saudáveis e reflexões sobre a realidade compartilhada:

> *Perguntei também como foi mostrar o quadro em casa. Pareceu que ele havia dito que o pai não tinha visto, mas logo em seguida falou que viu. Disse: "Eu queria colocar no quarto da minha mãe, mas ela não quer". Levantei a hipótese de o quadro não combinar com as cores do quarto dos pais, e ele falou que o quarto tem amarelo e outras cores, menos o rosa. Depois, para favorecê-lo pensar em outras possibilidades, acrescentei e disse-lhe que poderia colocar no seu quarto.* (14º atendimento)

Situações como a descrita podem, no cotidiano familiar, passar despercebidas e acontecer em meio à dinâmica do dia a dia, mas para a pessoa que as vivenciou podem se configurar como um episódio de difícil compreensão ou, associadas a outros momentos e fatos de sua história como o de ter uma deficiência, podem ser acompanhadas da sensação de descuido com suas coisas e consigo. São eventos que ocorrem nos contextos familiares e são vivenciados por cada membro de uma forma e intensidade singulares. Penso que meu papel é observar e cuidar de *Hot Park*. Nesse sentido, procurei evidenciar meu olhar para ele e seu fazer, e dar-lhe condições relacionais que pudessem auxiliá-lo a pensar sobre esses acontecimentos do dia a dia, tanto na escola com seus colegas, quanto no âmbito de sua família. *Hot Park* era bastante reservado, não sei se consegui dar-lhe esse apoio tanto quanto necessitava.

Nesse outro recorte do atendimento, o desdobramento da atividade de *Hot Park* pareceu ser diferente[1]. Aqui, *Hot Park* havia feito uma pintura usando a técnica de acrílico em tela, em uma reprodução de uma obra de Alfredo Volpi. Diante do pedido de fazer uma atividade de pintura, no atendimento seguinte levei a ele alguns livros de arte para que olhasse as diferentes obras e estilos de diversos artistas como Matisse, Hundertwasser, Chagall e Volpi. A escolha da obra a partir da qual se inspirar foi do próprio *Hot Park*. Realizou essa atividade, entre outras, em quatro atendimentos consecutivos. Decidiu que ia presentear sua professora com sua obra.

> *Depois de conversar, brincamos de esconder coisas no escuro. Hot Park levou o quadro com que iria presentear a sua professora. Sua mãe, vendo o filho com a tela, disse que ele estava falando bastante desse quadro em casa. A mãe brincou com o filho dizendo que ele era o Van Gogh. Ao ver o quadro, a mãe sugeriu deixar o quadro com eles ao invés de dar para a professora, demonstrando admiração pela atividade do filho.* (18º atendimento)

8.3 AS ENTREVISTAS COM FAMILIARES: ASSOCIAÇÕES E POSSÍVEIS RESSONÂNCIAS

Quando a memória é referida como expressão pessoal de uma história e também coletiva, posso pensar, entre outras coisas, no que Safra (2002) diz sobre a mãe não existir sem os outros. A mãe, que outrora foi um bebê cuidado por uma outra mãe, também começou sua existência graças à presença humana de uma outra pessoa e, posteriormente, de outras tantas. E para realizar as funções maternas, essa mulher depende de um campo sociocultural que a auxilie nas condições para o desenvolvimento da maternagem. Esta resulta da memória sobre as origens dos pais e de como o cuidado materno foi e é concebido em seus grupos culturais.

Quando o bebê, por meio de seu gesto, cria sua mãe, na experiência de onipotência, realiza sua entrada no mundo. Esse mundo, sabemos, já preexistia, no entanto é por cada bebê recriado. Como diz Safra (2002),

> este também é o ponto em que se constitui a dimensão étnica de seu *self*, pois, na medida em que o bebê toma o corpo materno como o próprio, organiza-se

[1] Compreender como esses momentos foram significados por *Hot Park* necessitaria da continuidade do processo de terapia individual comigo, o que não ocorreu em virtude das condições do contrato estabelecido com as crianças e famílias, de acordo com o qual o atendimento realizado por mim teria um tempo determinado e a continuidade seria dada pelos estagiários sob minha supervisão.

> segundo os aspectos étnicos da comunidade em que nasceu. O corpo do bebê constitui-se, nesse registro, a memória étnica de seu grupo cultural (p. 23).

Essa memória pessoal é indissolúvel na história singular de cada um. Sendo também fruto de contextos e acontecimentos coletivos que se agregam nessa memória, portanto também coletiva, penso tanto na história da mãe quanto da criança quando marcadas pela presença da deficiência. Do lado da mãe não há, geralmente, vestígios nessa memória de como cuidar de uma criança que tem um funcionamento corporal diferente da maioria. Seu grupo cultural mais próximo não traz em sua memória a vivência dessa experiência. Entram em cena profissionais que passam a fazer parte desse grupo no sentido de compartilhar dúvidas, informações, explicações com essa família, de se aproximar do seu sofrimento e acompanhá-los na diminuição das angústias.

Nos encontros formais e informais com as famílias levo informação e conhecimento que, provavelmente, não fazem parte da tradição familiar, mas juntos inauguramos um acúmulo de saber no campo da deficiência para cuidar dessa criança. Essa família, por meio dos tratamentos, aproxima-se de outras famílias e novos acréscimos de cultura vão acontecendo, mesmo que em uma área onde ninguém jamais pensou em adentrar. Esse saber, associado àquele que a mãe e o pai já tinham e vão construindo na medida em que passam a vivenciar seus papéis sociais, favorece também o encontro entre os pais e o filho que tem deficiência.

A criança em seus primeiros gestos talvez possa encontrar dificuldades de ser reconhecida e acolhida na realidade compartilhada, que evita ou nem pensa nas situações como ter um filho com deficiência. Não há um preparo para essa situação. Somente a vivência dessa realidade é que pode levar ao aprendizado, ao conhecimento e ao seu acolhimento.

Conforme nos diz Safra (2002),

> o mundo revela-se como permanente e capaz de ser apropriado pela criança e também de acolher o gesto inaugurante-transformador, através do qual ela poderá inserir-se na realidade compartilhada de maneira original (p. 24).

Se, de um lado, há pessoas que não conseguem, em determinados momentos, acolher esses gestos, como me fizeram lembrar os primeiros momentos de Isabela nesse mundo compartilhado com a equipe de saúde que realizou seu parto e mesmo com sua mãe durante os primeiros momentos cotidianos após seu nascimento, por outro lado, há outras pessoas que favorecem esse encontro do gesto da criança com o mundo, como XLR-8 ao brincar na sala de espera com Isabela ou como alguns profissionais que se voltam a essa tarefa: facilitar a participação social da criança que tem deficiência.

Nesse trabalho me referi ao uso da entrevista aberta como um dos procedimentos no percurso da pesquisa. Essa entrevista seguiu um roteiro previamente elaborado conforme a população envolvida e o interesse dessa pesquisa. No entanto, no dia a dia do atendimento de crianças ou mesmo de outras populações (bebês, adolescentes, adultos e idosos), utilizo as entrevistas para obter mais informações sobre o paciente e ouvir partes de sua história segundo um familiar ou outro acompanhante. Nessas entrevistas também, frequentemente, as ressonâncias da terapia podem ser localizadas ao longo das narrativas desses entrevistados. São associações que são verbalizadas pelos entrevistados ou pensadas pelos terapeutas que veem relações entre as atividades vivenciadas na terapia e aquelas realizadas pelo paciente em outros espaços do seu cotidiano.

Considero que a entrevista com os familiares não é procedimento de terapia ocupacional, uma vez que não é específico do terapeuta ocupacional. Portanto, preferi incluí-la nas condutas ou encaminhamentos necessários para melhorar os cuidados destinados ao paciente, uma vez que passo a ter mais informações sobre ele e seu contexto. Não se trata de procedimento específico, pois assim considero tudo aquilo que o terapeuta decide fazer na relação terapêutica ou ligado a essa relação que envolve uma especificidade que é a presença das atividades como constituintes dela. É como o terapeuta procede em relação a cada paciente, portanto depende do paciente e das atividades, isto é, procedimentos de terapia ocupacional são referentes aos acontecimentos na relação triádica.

Posso chamar a entrevista de um procedimento interdisciplinar, uma vez que também pode ser de outro profissional, o médico, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, entre outros. A especificidade pode estar na direção da entrevista, no sentido de conduzir a conversa para uma investigação e indagação acerca das atividades do paciente. No entanto, para não haver confusão, prefiro me referir às entrevistas como condutas que frequentemente tenho em relação aos cuidados destinados aos pacientes.

A entrevista com os familiares requer uma atitude ética do profissional que evidencia respeito, consideração e empatia em relação ao entrevistado de modo a viabilizar ações conjuntas nessa tarefa especializada que é cuidar de uma criança; de um lado o familiar como a mãe, o pai ou o avô(ó) e de outro eu como sua terapeuta, em uma relação em que exista confiança, tranquilidade e parceria. Sabemos que nem sempre isso é possível, mas a postura e a forma de proceder do profissional devem se encaminhar para esse sentido.

Procuro conduzir a entrevista de modo a favorecer a emergência de uma narrativa do familiar ao invés de uma coleta de informações. A narrativa localiza os fatos e as pessoas em

uma história, conecta e aponta sentidos para os acontecimentos que estão ou podem estar relacionados com aqueles que ocorrem na relação terapêutica.

Disse a mãe de Isabela em relação às suas observações da filha:

> *Mãe: Eu já consigo ver melhor, as coisas que ela tá fazendo, mais organizada, eu também estou muito, muito feliz porque ela tá mais atenta, o que eu mais queria é que ela melhorasse a atenção, tipo assim um pequeno degrau que ela ia com tudo, era estabanada, já caía, agora ela olha pro chão, ela já olha pro lado, tem muitas coisas assim, mas é que a gente esquece, mas que já melhorou muito. (...) Outra coisa que melhorou é, as coisas sem olhar, isso, Marisa, melhorou muito assim, nossa você não tem noção o quanto, tipo, "Isabela pega a boneca", ela não olhava, ela tem olhado, tem prestado atenção muito (...).* (2ª entrevista com os pais – 28/06/2006)

> *Terapeuta: E em relação à Isabela, como você diria hoje em dia, como que está o dia a dia da Isabela?*
> *Mãe: Ela sabe tudo, assim são vinte filmes num cd, então assim a atenção da Isabela eu digo que já melhorou 70% já. (...) então assim a gente vê aí um desenvolvimento muito grande na Isabela, muito grande mesmo, uma alegria profunda que eu tenho sentido, já tenho sentido assim mais força pra levar ela pra escola ano que vem. Lembra que eu chorei já não vou chorar mais porque eu tô sentindo assim já a Isabela pedindo.*
> *Terapeuta: Ela está mais tranquila.*
> *Mãe: (...) lembra a questão da colherinha que você falou? Ela não quer que segure mais a colher dela, mesmo que ela vire dez vezes, mas é ela que tem que segurar, assim quando eu tô com muita pressa, hoje mesmo ela chorou. (...) Aí tô vendo a Isabela chorar, chorar e Isabela chorando na hora do almoço é difícil, é que queria era pegar na colher.* (3ª entrevista com a mãe – 09/08/2006)

No trecho acima fiz questão de colocar a minha fala, uma breve confirmação do que a mãe estava comentando. Quero enfatizar que não fiz nenhuma pergunta específica sobre autocuidado ou ABVD, mas as associações são realizadas pelo familiar na medida em que ele faz relações entre o que tem sido proposto nos atendimentos e as transformações das experiências no dia a dia em casa.

Com relação ao contato corporal e as relações da Isabela com outras crianças, sua mãe observou:

> *Mãe: Uma coisa também, Marisa, que ela não beijava, não abraçava. Agora ela dá uns abraços muito bom. Abraça, beija a pessoa, sabe, então nossa, muitas coisas aí que eu nem lembro da Isabela, agora quando acontece mesmo eu fico... (...). A Isabela aprendeu muito, Marisa. Acho que a gente não tem em mente quantas coisas a Isabela aprendeu, o quanto a Isabela desenvolveu aqui. (...) E ela tem pedido pra sair, né, ela vai lá na maçaneta da porta, ela não quer ficar em casa, ela quer, sabe, ficar saindo, não é mais aquele negocinho de querer só assistir televisão e dormir só, né! Não! Ela quer sair, eu acho que ela quer*

desenvolver mais sim. (...) Com outras crianças ela melhorou, foi que eu cheguei aqui chorando, lembra? Que ela era muito desprezada pelas crianças.
Terapeuta: Pela prima.
Mãe: É, melhorou muito, a prima não bate mais nela e já se entendem melhor e esta melhora que eu digo hoje é de 90% delas duas, né, até já conseguem brincar um pouco e com outras crianças também ela já brinca de boneca, de neném.
Terapeuta: Isso é ótimo mesmo. E quando você fala que brinca de boneca com outras crianças, quais crianças que ela tem contato?
Mãe: É assim, com as priminhas dela, outro dia eu levei ela no parque, ela pega nas mãos das crianças, ela não gosta de pegar na mão, pega um pouquinho na mão, se brincar de bola, ela brinca um pouco (...). Brinca, ela pega um brinquedo sozinha, pega boneca, o carrinho também, né.
Pai: É, bola. Ela brinca.
Mãe: Gosta muito de jogar bola e agora se você joga a bola, ela já consegue pegar, porque antes ela deixava cair e ela ia e corria atrás, agora ela já consegue.
Terapeuta: Ela já joga com mais direção também.
Mãe: Com mais direção. Olhando. Ela tá prestando mais atenção. Às vezes a gente tá conversando, ela olha. Aí depois o que ela faz? A gente para e ela imita tudinho o que a gente falou. (...) Mais coisas, eu tenho muito mais esperança, vou sim colocar minha filha na escola, eu tenho muito, muito medo de ela ser judiada. Eu também não tenho coragem de chegar e colocar minha filha numa escola pública, isso aí não adianta que eu não vou. "Ah, coloca na creche". Então eu tenho certeza que a nossa vida vai melhorar né (...). (4ª entrevista com os pais – 20/06/2007)[2]

Outros trechos das entrevistas com relação ao brincar da Isabela:

Mãe: A brincadeira dela, que vocês fizeram, acho que brincadeira com boliche e jogou, né. Aí quando chegou em casa ela botou, passando acho que uns dois dias as coisas em cima do sofá e começou a jogar a bolinha dela, né, tipo assim querendo derrubar alguma coisa, querendo, a brincadeira com bolinha que ela tem que ela antes só jogava no chão (...). As bonecas que ela não gostava, lembra que eu dizia? (...) Depois que eu vi que ela não queria nenhuma boneca e não era que não tinha, isso me dava muita tristeza, né. Brinca um pouquinho mais, dorme com a boneca, quando vai comer quer sempre alguma boneca do lado como uma companhia. Tem que dar alguma coisa para boneca, então eu tenho visto assim muita melhora na Isabela, estou muito contente com o tratamento, era tudo que eu esperava, entendeu?
Terapeuta: Antes ela não brincava com boneca?
Mãe: Não.
Terapeuta: Ela não se interessava?
Mãe: Não se interessava, ela só se interessava por brinquedo musical. Não era?
Pai: Era. (...) Uma coisa interessante é que ela sabe que, apesar que isso já faz muito tempo, mas eu acho que aumentou, saber quem são as pessoas, ela sabe

[2] Essa entrevista, a última coletada para fins também da pesquisa, foi realizada após um ano do meu afastamento por licença para cuidados à saúde. Embora, nesse período, Isabela não tenha sido atendida por mim, a aluna que me acompanhou na Iniciação Científica, portanto, que já participava dos atendimentos dessa criança, passou a atendê-la como estagiária de atuação sob supervisão de uma terapeuta ocupacional que me substituiu na clínica. Realizei algumas reuniões com os alunos para discutir a pesquisa e os atendimentos das crianças mesmo durante o período de afastamento.

> *distinguir quem é a "Neneca", que é o nome da boneca, a "Júlia" e o "Júlio". (...) Era, era menos isso daí, ela errava muito, confundia e eu acho que isso melhorou.* (2ª entrevista com pais – 28/06/2006)

> *Mãe: (...) aí agora eu comprei um boliche, né, lá na vinte e cinco, baratinho, quatro reais, porque tem uns de vinte e seis e tinha esses que vem seis conezinhos e duas bolinhas, falei eu vou comprar, vai que ela joga fora também, então vou comprar esse, três e noventa e nove. Nossa, brinca mais o pai dela, ele coloca lá, ela pega a bolinha e pá, tão brincando bastante com isso daí também, e brincando de bola assim, quando eu jogo pra ela a bola, ela já pega e antes ela não pegava entendeu? Brinca de bexiga, joga as bexigas pra cima pra ela pegar, ela já pega, antes nem a bexiga que vem bem lenta ela não pegava, não pegava nada.* (3ª entrevista com a mãe – 09/08/2006)

Em relação às suas brincadeiras da infância, a mãe de Isabela disse:

> *Mãe: Eu não brincava muito não, porque eu tinha que trabalhar* (risos).
> *Terapeuta: Ah, é? Cedo assim?*
> *Mãe: Mas tinha um momento da gente brincar, mas não era aquela coisa de criança brincar de manhã, brincar a tarde, entendeu?*
> *Terapeuta: Tua infância foi onde?*
> *Mãe: Foi na Bahia. Então, eu ia pra escola das sete ao meio-dia, a gente chegava, tomava banho, almoçava e tinha uma hora pra brincar. (...) De boneca né, de cozinha brincava muito, brincava, eu lembro da época do bambolê, inclusive eu comprei um essa semana porque eu acho que não teve coisa melhor, porque com bambolê a gente ficava em cima da cama caladinho, né, fingindo que tava dormindo.* (3ª entrevista com a mãe – 09/08/2006)

Na narrativa do familiar, evidenciam-se também as mudanças ocorridas no seu cotidiano não somente no que se referem ao cuidado e desenvolvimento da criança, como também em relação àquilo que tem importância para si, como mulher ou homem que tem suas atividades, seus gostos e suas necessidades. Para a mãe de Isabela, essas repercussões foram significativas:

> *Mãe: Mas assim, uma coisa eu digo, Marisa, oh sossego na minha vida, Marisa, eu tô conseguindo limpar minha casa, tô conseguindo fazer minhas coisas, eu tô bordando, eu tô pintando. Marisa, a Isabela fica ali três horas, tipo assim, semana passada eu dei uma faxina no meu quarto, de parede, de tudo, tudo, tudo, sabe uma coisa que eu já não faço aí há meses.*
> *Terapeuta: Antes como é que era?*
> *Mãe: Ela não tinha atenção, ela não pegava um brinquedo pra brincar e quando pegava era um minuto e jogava e aí a maior parte do tempo ela era chorando assim no pé da gente e aquilo eu não aguentava, aquela irritação, Marisa, tanto que quando nós chegamos aqui* (quis se referir à época da primeira entrevista, ao iniciar os atendimentos) *a minha vida era perturbada, aí assim, Marisa, eu não podia fazer uma comida, se eu quisesse fazer uma comida eu tinha que acordar quatro horas da manhã (...). Aquilo me trazia uma irritação tão grande, Marisa, que eu tava sentindo já eu rejeitando a Isabela, eu disse, essa menina tá*

> *atrapalhando minha vida demais, já parei de trabalhar, parei de estudar, né, porque já era pra eu ter terminado minha faculdade, Marisa.*
> *Terapeuta: Você tava estudando?*
> *Mãe: Eu tava, eu tava fazendo enfermagem, porque eu sou técnica de enfermagem, né, aí eu comecei, só que aí quando eu comecei eu disse não dá, porque assim, tratamento, ir pra fisioterapia lá em Santana, Marisa, eu sofria tanto, passei dois anos, saía chorando e voltava chorando (...). Então assim é uma coisa que tá dando tempo pra mim, pro pai, tô bordando, tô fazendo várias pinturas, fiz um quadro semana passada, então assim eu tô maravilhada, porque eu não tinha mais tempo pra nada, Marisa, nada. (...) Mas uma coisa que eu falei assim, como ela me irritava muito, eu não gostava também de brincar com ela, eu sou bem sincera assim, eu falo porque é a verdade.* (3ª entrevista com a mãe – 09/08/2006)

> *Mãe: Então eu fiz reflexologia, fiz manicure, fiz pedicure, uns cursos de aperfeiçoamento e hoje eu tô me especializando (...). Então eu tô tentando, eu sei que uma hora eu vou ter um espaço pra eu trabalhar e eu pensei se eu tiver um salãozinho, eu vou poder cuidar da minha filha e vou poder trabalhar.* (4ª entrevista com os pais – 20/06/2007)

O excesso de atividades relacionadas com as terapias e consultas médicas no cotidiano do indivíduo, criança ou adulto, é um fato que me preocupa bastante. Há um período de grande investimento nos tratamentos que possam favorecer a melhora das condições físicas, no caso da pessoa com deficiência física, mas a atenção à saúde psíquica desse indivíduo jamais pode ser deixada para segundo plano. A saúde da pessoa é única e apresenta diversos aspectos, todos inter-relacionados, o que torna seu cuidado um processo complexo e dinâmico. A intensidade desse investimento nos tratamentos, no caso da criança, fica sob a responsabilidade dos pais ou outro responsável e a decisão é sempre permeada de dúvidas. A mãe de XLR-8 sempre trouxe sua angústia em relação a essa questão: o quanto ela pode exigir do filho a aceitação e a frequência nos tratamentos pensando a curto e longo prazo em sua condição física e em que medida ela pode diminuir a intensidade desse tipo de atividade sem que o prejudique ao longo do tempo. Ela mesma comentou:

> *Mãe: É, só deixei na sexta-feira para ele ter a sexta-feira sossegada para brincar e o final de semana todinho, aí tem sexta, sábado e domingo. Para não sobrecarregar, tanto que ele fala: "Ai, mãe, é meu dia de folga"! (...) E agora tá tendo aula de música lá, agora eu não sei, se deveria colocar, se não deveria, porque como ele tem ainda um pouco de dificuldade, eu tenho muito medo também sabe de quê? De sobrecarregar demais.* (...) *Exatamente. Então tenho medo de, pela falta e pelo excesso.* (1ª entrevista com a mãe – 17/05/2006)

No entanto, após cerca de um ano, essa mesma mãe relatou sobre sua preocupação em relação às quedas e tropeços do filho ao andar, relacionando-os às dificuldades no

desenvolvimento motor ou ao cansaço no dia a dia. Apesar das dúvidas em relação à causa, colocou XLR-8 na atividade de natação para complementar os tratamentos e atividades semanais do filho. Nessa época, a sexta-feira para brincar após ir à escola, já não existia mais: XLR-8 ia todas as manhãs à escola (ensino regular), às segundas-feiras fazia terapia de fonoaudiologia e fisioterapia, às terças-feiras ia à natação, às quartas-feiras tinha terapia de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, às quintas-feiras novamente fisioterapia e natação, e às sextas-feiras mais fisioterapia.

> *Terapeuta: Bastante coisa, hein?!*
> *Mãe: Muita, muita coisa.*
> *Terapeuta: E você fica preocupada...*
> *Mãe: Fico, eu fico. O pior é que é tudo coisa, Marisa, que eu não posso parar. É coisa que eu sei que é importante para ele. Mas, que nem, e no meio de tudo isso, ele ainda tem que fazer lição de casa, estudar para prova e tudo, que ele tá tendo prova. Então eu fico, eu fico preocupada numa estafa nele, ele tá assim, muito preocupado, em receber alta com as coisas. (...) apesar que, demais, ele tem uma coisa de bom, ele não reclama de nada, nada, ele é uma bênção, ele não reclama de nada, sabe? Ele vem numa boa, que nem, de terça, segunda e quarta que ele vem para cá, eu já pego ele na escola, ele almoça e eu já trago ele para cá, já até de uniforme e tudo porque não dá nem tempo de tirar o uniforme. Você vê ele que ele tá cansado já, mas vem numa boa, não reclama, não fala que tá cansado e ainda chega em casa, faz lição de casa, sabe? E aí ele vai jogar um pouco de videogame, vai brincar um pouco. E sábado e domingo, ainda tento brincar com ele (...).*(2ª entrevista com a mãe – 20/06/2007)

Essas dúvidas são próprias da responsabilidade de ser mãe e de não haver respostas ou previsões se a mulher está indo no caminho certo ou não. No entanto, o fato de ter um filho cujas dificuldades estão relacionadas a um diagnóstico médico e, nesse caso, com uma deficiência física, torna a situação mais complexa para os pais do ponto de vista das decisões quanto aos cuidados com o filho.

> *Mãe: Então, Marisa, é uma coisa que me preocupa muito, é essa estafa dele, mas por um outro lado, eu sei que ele necessita disso tudo. Mas eu não sei a dimensão do tanto que ele precisa, você tá entendendo o que eu quero dizer? (...) Eu fico assim, entre a cruz e a espada (...) Então é tudo isso que eu fico pensando e fico dividida, Marisa, você tá entendendo o que eu quero dizer? (...) Eu não sei nem se eu tô agindo certo ou não também.* (...) *O que eu tô preocupada, Marisa, é de não interromper uma coisa que, de repente, lá na frente pode fazer falta para ele, então eu tenho que saber ponderar para ele até o que é bom ou o que não é.* (2ª entrevista com a mãe – 20/06/2007)

Tive várias conversas em relação às atividades cotidianas com o próprio XLR-8, mas percebi que é um processo difícil e que necessitava da continuidade da relação

terapêutica. Chegou a comentar para mim quais atividades ele gostaria de parar, mas não consegui chegar a um acordo entre equipe de profissionais, família e a criança.

> *Mãe: (...) nunca comenta, ele não comenta do problema dele nem nada; não comenta nem nada e eu vou falar com ele: "Gui, você sabe que tem que fazer tal coisa...", "Mãe, eu sei, não precisa falar, eu não quero falar a respeito disso". Eu pergunto: "Gui, o que você acha de tudo que você faz"? Ele fala: "Mãe, eu não gosto de tudo isso que eu faço, mas eu sei que eu tenho que fazer. Mas eu também não quero conversar a respeito disso, vamos mudar de assunto". Aí eu já mudei de assunto, você tá entendendo? Ele não te dá uma abertura.* (2ª entrevista com a mãe – 20/06/2007)

XLR-8 demonstrou habilidades sociais que o favoreciam nos relacionamentos, como confirmado pela sua professora da escola e como observado no dia a dia dos atendimentos, tanto na relação terapêutica quanto nos momentos de espera ao lado de outros pacientes e familiares. Somado a isso, seu silêncio em relação aos acontecimentos mais íntimos e vinculados às suas dificuldades físicas, pode nos levar a achar que tudo está muito bem. No entanto, uma das poucas vezes que XLR-8 falou de seu sofrimento à mãe foi lembrado por ela durante as entrevistas: *"Mãe, por que que Deus deixou eu nascer assim com esse problema"?* A narrativa dessa mãe somente confirma que situações de preconceito e de estigmatização são fatos que acontecem mesmo quando a criança tem uma deficiência física considerada "leve":

> *Mãe: Não, não usa mais porque não adiantou mais* (sobre o uso da órtese). *Ele usou durante dois anos, aí ele começou não querer mais usar por vergonha dos amiguinhos tudo, aí eu usei a noite, mas mesmo assim não tava adiantando mais, só tava judiando dele, então o ortopedista falou: "Olha, então quando chegar numa certa idade, a gente vai fazer a cirurgia". Porque não adianta, não está adiantando, se tivesse fazendo um efeito para ele tudo bem, mas não tava.* (1ª entrevista com a mãe – 17/05/2006)

> *Mãe: Só que eu já vejo que, quando ele chega: "Ah, não, o Guilherme...". Para fazer aquele joguinho de um passar para o outro. "Ah, não, eu não vou ser o par do Guilherme, não. Ele não sabe jogar direito". E a gente lá de fora ouve, mas eu fico quieta, eu não me meto.* (2ª entrevista com a mãe – 20/06/2007)

São enfrentamentos difíceis para qualquer criança que está ainda ingressando e conhecendo o que é viver na realidade compartilhada.

De um lado crianças que nascem ou sofrem, desde muito cedo, com alguma lesão que determina algumas dificuldades físicas que serão conhecidas pela família e pela própria criança em suas vivências e acompanhadas de repercussões sociais e no desenvolvimento psíquico da pessoa. De outro, crianças que nascem sem nenhuma intercorrência, mas ainda na

infância enfrentam a descoberta de uma doença ou síndrome e situações de perda de habilidades e capacidades. Foi o que Caio e sua família estavam vivenciando:

> *Terapeuta: E aí, mais ou menos há uns 3 anos que se descobriu o problema dele.*
> *Mãe: É! Foi, a Duschenne. (...) Ele passa pelo Hospital São Paulo, então eu acho que o médico me explicou mais ou menos, é, eu sei, eu acho que sei sim. Já aprendi a conviver, sabe, conversei com psicólogos também, eu sofria muito pensando no futuro, que é uma doença progressiva, então você pensa no futuro também, né. Aí, você não pode sofrer, né, viva o presente. Então eu fiquei muito mal, inclusive eu passei até na fono, eu perdi a minha fala, muito nervoso, de muito ansiosa que fiquei, sabe. Mas agora eu tô bem, já passei mal, mas sei lá. O futuro só a Deus pertence. Acho que o que a gente tem que fazer pro futuro é trabalhar muito e fazer alguma coisa assim, mas ficar pensando coisa ruim pro futuro, né? (...) você começa a olhar pra ele e ele vê as outras crianças, "Ai, eu vou ser assim mãe"? (...) Quando a médica começou a falar pra mim, a primeira, né, que me pediu os exame, começou a falar pra mim, e eu fui falando, e foi parecendo que tava anestesiando a minha cabeça, sabe. E eu, doutora, que doença é essa, pelo amor de Deus, que nunca ouvi falá nisso. (...) Nossa, nossa! Naquela hora eu desabei no mundo. (...). É, acho que há um ano atrás eu não conseguia nem tocar nesse assunto sem chorar sem parar.* (1ª entrevista com a mãe – 18/10/2006)

Caio vivenciava intensamente as experiências, brincava e tinha seus amigos, mas estava começando a ter limitações motoras e cognitivas, algumas percebidas por ele e sua família.

> *Mãe: Muito mal, sobe mal. Pra descer até que segurando vai bem, agora pra subi, muito mal* (dizia sobre subir e descer as escadas). *(...) É, desde as primeiras coisinhas. Desde sempre ele tem a marcha lenta, de aprender as coisas!* (1ª entrevista com a mãe – 18/10/2006)

Em um sentido inverso ao que algumas crianças, tal qual Isabela, vivenciam na terapia com o aprendizado de situações de complexidade crescente, Caio, que já conhecia as atividades no contexto de sua realidade, podia na terapia aprender formas de manter seu fazer, outras maneiras de fazer e de tentar lidar com as dificuldades crescentes.

> *Mãe: O que ele costuma fazê? Ele gosta de ficá me chamando pra fazê arte. Eu falo, num quero fazê arte, eu não sou artera, ele fala é arte de desenho! (...) Fazer brincadeiras, eu corto isopor, vou fazê bichinho com ele, compro tinta de guache, né, e vou pintá mais ele. Procuro caixa de fósforo e faço prédinho mais ele. (...) Carrinho! Adora brincar de carrinho, com amiguinho dele. Chuta bola, ele gosta.* (1ª entrevista com a mãe – 18/10/2006)

> *Mãe: Olha! Ele é só brincadeira, só quer brincar! Quando ele não tá brincando de carrinho, é preferido dele é carrinho! Mas quando não tá de carrinho quer ficar brincando de bola, ou videogame, que ir pra rua brincar com os amiguinho, daí eu breco já né, porque eu tenho medo dele caí e machucar. Assim, por ter*

> *esse... ele ser muito... assim, ter problema, né? Porque ele cai muito.* (2ª entrevista com a mãe – 25/10/2006)

Na situação de Caio, devido à percepção das condições de seu corpo, parece que a consciência corporal se constrói, pelo sofrimento, de modo mais rápido. Caio, apesar das dores e de não gostar de fazer os exercícios, executava-os com sua mãe e seu pai com empenho e crença.

> *Mãe: É, isso. Ele quer fazê igual os outros, né?! E ainda que ele tá fazendo tratamento, ele usa órtese, né, então ele fica naquela esperança dele fazê igual aos outros. Aí quando eu deixo ele saí com os outros ele quer fazê igual. Quando ele volta que não consegue aí, à noite, que eu vou ensinar as física nele que eu tenho que fazê as ginástica nele, que ele tem que fazê, né. (...) Ele chora, dói, né? Porque tem dia que ele tá muito encolhido, né? (...) Ele deixa, ele deixa, ele quer fazê, ele chora, chora assim, reclama. Chorando assim: "Não, tá doendo, tá doendo"!*
> *Terapeuta: Mas ele quer fazer?*
> *Mãe: Mas ele quer! Na hora de pôr a órtese também, pra dormi, porque fica aquilo esticado a noite inteira, né! Ele fica interessado. Tadinho, ele acha que vai ficá bom! (...) Deixa* (colocar a órtese)*, à noite dói, aí no outro dia ele acorda, olha mãe eu tô melhor do que antes!* (2ª entrevista com a mãe – 25/10/2006)

Fazer exercícios como atividade quase que exclusiva no cotidiano me leva a pensar em um dia a dia não saudável pois construído e vivenciado a partir de uma esperança do inatingível, mas fazer exercícios no contexto de um cotidiano próprio e saudável, entremeado por outras atividades singulares à pessoa, é realizado, em parte, por uma crença e esperança factível, que sua saúde possa melhorar ou se manter com menos sofrimento:

> *Terapeuta: Que ele quer ser caminhoneiro?*
> *Mãe: É, nossa. Esses dias mesmo eu perguntei pra ele o que você quer ser quando crescer, ele falou, é piloto! Ai meu Deus do céu! Mas um dia eu até chorei, a gente tava passando lá em Guarulhos num lugar que tinha um monte de carro, eu falei bem assim, "Qual desses carros você vai comprá pra você"?, e ele falou, "Eu não vou dirigir carro"!, aí eu falei "Ah, vai. Vai, sim"!, e ele falou assim: "Mas eu vou ter problema"! Acho que ele sabe! "Mas você vai dirigir sim, vai ter carro adaptado pra você"! Aí ele fala: "Eu vou mãe"? Agora ele quer ser até piloto! Porque ele adora corrida.* (2ª entrevista com a mãe – 25/10/2006)

A responsabilização pela própria saúde para ser vivenciada nas atividades requer, no caso da criança, condições do seu desenvolvimento que a possibilitem alcançar essa capacidade. Dificuldades cognitivas, como no caso da Isabela, dificultam essa percepção dos cuidados para si ou dificuldades sensório-motoras, como no caso do *Hot Park*:

> *Terapeuta: E como é que estão as demais atividades... tomar banho?*

> *Mãe: Ele toma banho, mas depois tem que fazer uma checagem, porque ele dá uma "deletada" no lado direito. Ele lava, é tão interessante. Ele ensaboa aqui* (apontou para o lado esquerdo). *O lado direito, eu falo: "Você só tem um lado da cabeça? Põe outra mão pra ajudar. Você vem com essa e esfrega mais". Porque aqui ficava cheiroso, gostoso e aqui, insuportável. Na hora do banho ele fica com o lado esquerdo debaixo do chuveiro.*
> *Terapeuta: A outra fica pra fora?*
> *Mãe: Fica fora da água. Eu tenho que ficar constantemente lembrando. "Olha o outro lado, lava debaixo do braço". (...) Essas coisas ele já tá conseguindo fazer bem. O restante ele consegue bem até. Pentear o cabelo, é hilário, né, ele joga todo o cabelo do lado direito e puxa pro esquerdo. Vai acabar ficando calvo, né! Ele sempre joga para o lado esquerdo. Eu sempre lembro que tem que jogar para o direito. Sempre tem que ter essa recomendação, para não esquecer.* (1ª entrevista com a mãe – 17/05/2006)

> *Mãe: Até dormindo, vira e mexe eu passo no quarto dele à noite pra virar a mão dele* (referindo-se ao tônus aumentado na mão direita, que permanece mesmo quando dormindo com o punho em flexão). (3ª entrevista com a mãe – 16/08/2006)

Dificuldades sensoriais e motoras das crianças são acompanhadas de outras, as de participação social (LAW, 2002; MANDICH, POLATAJKO, RODGER, 2003; SEGAL et al., 2002) que resultam não somente do diagnóstico médico e da visibilidade do atributo estigmatizante (GOFFMAN, 1982), mas também de aspectos do contexto cultural, familiar e pessoal (LAW et al., 2004).

Disse a mãe de *Hot Park*:

> *Mãe: (...) porque na outra escola, ele estava se sentindo rejeitado, até um pouco por preconceito, por conta disso, e aqui ele tá se sentindo mais querido; apesar que nas práticas esportivas ainda tem um pouco de dificuldade, ainda existe esta dificuldade que ele fala...”Ai, é tão difícil quando vou no esporte”. E na hora quando é brincadeiras juntas assim tudo bem, na hora que chega a competitividade que um time tem que ganhar do outro, ninguém passa a bola pra ele, aí não vai dar a bola justo pra ele, que é mais devagar. Então ele percebe isso. E isso ele vai ter que aprender a lidar, eu falei pra ele que da mesma forma que ele é lento um pouco para fazer a corrida, pra jogar a bola, tem outro que é lento para pensar em matemática. Ele tá tirando 10 de matemática! (...) E lá no outro colégio, ele verbalizou pra mim, que pra ele chegar e falar é que a coisa já vinha acontecendo há muito tempo, que ele não é muito de falar dos sentimentos dele, ele fala de outras coisas, mas quando é pra falar de coisas dele, eu acho que você já percebeu, que ele não se abre (...) E agora ele verbalizou pra mim, que ele ficou muitos e muitos recreios sozinhos. No dia em que ele falou isso pra mim, Marisa! Ah! Eu me senti supermal, gente! Eu falei: "Que horrível”! Que horror, isso é muito triste, ele está se sentindo muito sozinho, ele disse que passou muitos e muitos recreios sozinhos sentado, brincando só, ele e a mochila dele, com os brinquedinhos que ele leva.* (2ª entrevista com a mãe – 24/05/2006)

Essa mãe, em sua narrativa, também ressaltou a dificuldade e complexidade de ser mãe de uma criança que tem deficiência:

> *Mãe: E a cobrança que existe em cima disso, quando você tem uma criança com alguma alteração, dentro desse padrão colocado como normalidade, aí é um fator a mais de enfrentamento mesmo. Eu acho que consegui com mais tranquilidade naquele período, até da descoberta, a conseguir vivenciar essa situação com mais serenidade, apesar de que tem momentos que você balança, né, numa situação de parquinho. Hoje eu já consigo lidar melhor. Mas, nossa, no começo eu via todas as crianças fazendo coisas que ele não conseguia e ele querendo fazer. Mas o que acho legal é que eu nunca desisti dele e nunca vou desistir, então ele falava assim: "Mãe eu queria ir tanto no trepa-trepa", eu dizia: "Vai", "Mas eu não consigo", "Você consegue, eu vou tá junto, a gente vai junto".*
> *(...) Eu falava: "Vamos tentar, se você tentar e realmente não der, a gente tenta uma outra coisa, mas primeiro você tem que tentar". (...) Se olha a tomografia dele, Marisa, até o pediatra falou: "Você rasga que esse não é dele". Quem olha, os especialistas que olham, falam, "Ele não deve falar, não deve andar (...) porque ele estava com seis meses quando foi diagnosticado. Não me deram nenhum prognóstico. Aí ele falou! Como pode ser que de repente ele consiga se desenvolver bem, pode ser também que ele não consiga, a única coisa que me garantiu é que o cognitivo estava preservado, que era assim uma grande angústia minha, de ter um filho assim, que não interagisse com o meio. Então falei, menos mal. A gente acaba sempre se comparando, existe uma situação pior, é o nosso consolo de certa forma, que sempre existe alguém numa situação pior! Aí foi duro naquele momento da descoberta.* (1ª entrevista com a mãe - 17/05/06)

> *Mãe: É como minha mãe diz: "Nem toda mulher nasceu para ser mãe"! Às vezes o querer é forçar a própria natureza! E quando não é para ser, não é para ser! Alguma coisa acontece para que você não seja. Às vezes ela não tem condições emocionalmente que dê conta. Porque independente se o filho está sadio ou não está, é uma grande responsabilidade.* (2ª entrevista com a mãe – 24/05/2006)

A pessoa que tem uma deficiência e as demais próximas dela, geralmente, familiares, no contexto da realidade compartilhada, sofrem com os reflexos das lentes sociais pelas quais são vistas. Em *Kholstomér – a história de um cavalo,* Tolstói (1860-1863) descreve esse tipo de situação:

> — Sim, eu sou filho de Liubièzni I e Baba. Me chamo por linhagem Mujique I, e Kholstomér é um apelido que vem da rua, dado pelo povaréu por coisa do meu passo comprido e largo, que não tinha igual na Rússia. [...] Quando nasci, não sabia o que significava malhado, pensava que eu era um cavalo. A primeira observação sobre meu pêlo, recordo-me, impressionou profundamente a mim e à minha mãe. Nasci provavelmente à noite, e ao amanhecer estava de pé, já lambido pela minha mãe. [...] De repente minha mãe voltou-se, olhou para o portão gradeado e, passando as pernas por cima de mim, afastou-se. O cavalariço de serviço nos olhava através das grades.
> — Vejam só, a Baba está de cria – disse ele e começou a abrir o ferrolho; entrou pisando a palha fresca e me abraçou. – Dá uma olhadinha aqui, Taras – gritou –,

> olha que malhado, parece uma pega. – Desvencilhei-me dele e tropecei nos joelhos.
> — Veja, que diabinho – pronunciou ele.
> Minha mãe inquietou-se, mas não me defendeu, apenas suspirou bem fundo e afastou-se um pouco. Chegaram os outros cavalariços e ficaram a me olhar. Um deles apressou-se a anunciar ao chefe. Todos riam, olhando minhas manchas, e davam-me nomes diferentes e estranhos. [...]
> Até então jamais houvera um malhado entre nós e entre todos os meus parentes. Não pensávamos que naquilo houvesse algo de mal. [...]
> — A quem puxou esse monstro? – disse ele. – O general não vai deixá-lo ficar no haras. É, Baba, você me passou para trás – dirigiu-se também à minha mãe. – Antes tivesse parido um sem pêlo nenhum do que esse todo malhado (2003, p. 67).

E o pai nessa situação também sofre, é de se esperar que também não fique ileso aos acontecimentos:

> *Mãe: Sim. Ele está indo superbem. Aí o pai ficou todo cheio, porque ele viu, que ele é capaz, não é porque ele consegue ser "o mecânico", "o marceneiro", "o pintor", "o tudo aquilo" como o pai é, mas ele tem outras potencialidades. Então ele ficou todo feliz, quando o pai chegou da escola e disse, teve que contar a história da reunião umas "trocentas" vezes. "O que ela falou mesmo pai, o que ela falou mesmo, pai?" "Que você é um ótimo aluno. Que você é especial". "Ah! então você gostou de ter ouvido"? Ele ficou perguntando constantemente. Ele falou: "Eu estou muito orgulhoso de você". Aí ele fica todo feliz. Nossa! Foi uma semana, do dia dessa reunião, foi uma semana que ele estava radiante, porque ele teve esse retorno positivo do pai, que ele sente muita falta. Então essa questão está sendo trabalhada entre nós, assim, eu tenho tentado sinalizar. Às vezes eu percebo, quando ele olha assim, só pra um, eu dou um toque, aí ele vai e fala: "Oh! Tchau. Papai vai trabalhar"! Eu tô sentindo que de umas semanas pra cá, as coisas estão fluindo mais natural, eu não tô precisando lembrá-lo de que tem outro filho na história. E isso é uma coisa muito inconsciente, muito sutil. Ele nem percebe,ele fala: "Ah, mas ele já tá grande, o nenê é engraçadinho (...)". (...) Tá com oito, e tem aquela coisa, agora ele está largando de mim e idealizando o pai, né, que é a fase que a criança começa a se vincular mais com o pai. O pai tem uma figura importantíssima na formação (...). Ele tem a maior dificuldade para falar de sentimento, meu marido também, igualzinho. (...) Pra gente já não é fácil que não tem tanto preconceito. Agora para uma criança que já vai ter uma dificuldade, ele precisa se amar e se sentir amado do jeito que ele é, pra ele aguentar o tranco.* (1ª entrevista com a mãe – 17/05/2006)

A relação com o pai vai se evidenciando no brincar e nas narrativas sobre *Hot Park* e suas atividades:

> *Terapeuta: E quais jogos ele tem?*
> *Mãe: Dominó, Cara a Cara, Banco Imobiliário, que foi o mais difícil dele curtir porque tinha a questão do dinheiro, da nota, mas eu comprei o do Shrek, que daí é com notas menores, valor menor, primeiro trabalhar com essas notas menores pra depois pensar. Porque aí tem que fazer a subtração de cabeça, tudo, né.*
> *Terapeuta: Ele falou pra mim só do Detetive.*

> *Mãe: Eu comprei Detetive também. Achei legal que ele curtiu e entendeu a proposta. Primeira vez que a gente jogou ele não tava entendendo, o olhinho dele ficava assim, a gente explicava as regras, você via que ele tava querendo participar e justo na primeira rodada ele ganhou, aí ficou todo animado! E ganhou por mérito mesmo! É um jogo difícil e ele captou.*
> *Terapeuta: Olha só que interessante, o único jogo que ele lembrou de me contar foi o Detetive. Mas eu senti que ele não, aqui ele não escolhe muito jogos de tabuleiro, aliás nunca a gente fez essa atividade. Ele pega os brinquedos, a bola...*
> *Mãe: E com o passar do tempo acho que foi entrando num acordo entre os dois* (pai e filho) *e agora já tem uma relação mais próxima, conseguem em algumas situações brincar mais, aí são brincadeiras mais de pegar mesmo, de homem, rola no chão, faz cosquinhas, mais bruta (...) o que fazem juntos agora é o Play Station, e no Detetive por acaso estava nós três jogando, e o que mais marcou foi que estava nós três jogando, e a gente conseguiu dar atenção só pra ele, porque a gente ensinou o jogo, e nesse momento o meu marido tava "zen", então tava com paciência de explicar e também ajudar a entender a limitação, porque tem hora que não entendia porque tenho que falar isso ou aquilo, então acho que ele curtiu esse momento por causa disso.* (3ª entrevista com a mãe – 16/08/2006)

A criança, geralmente, recebe o cuidado dos pais, apesar de todas as dificuldades e sofrimento intensificados pelo fato de ter um filho com deficiência ou doença mais grave, mas também pode ter a presença e o apoio dos irmãos, primos, tios e avós. A preferência de *Hot Park* pelo brincar de faz de conta foi associada pela mãe à proximidade que ele tem com as primas:

> *Terapeuta: Ele brinca muito aqui, não sei se em casa ou com as primas, mas ele explora muito o faz de conta, o que é bastante interessante, porque 8 anos já não fica muito mais nessa atividade.*
> *Mãe: Ele brinca muito de inventar histórias, ele simula, então eu, você é o rei, você a rainha e ela a princesa, vou ser a mãe, o pai e a menina, então eles brincam muito de faz de conta mesmo, de inventar história, mas isso é influência das primas. Escolhe os personagens, quem vai ser o quê. E elas têm muito essa veia artística de "Vamos nos apresentar", então às vezes de domingo tem apresentação deles, uma música, uma poesia que eles escrevem juntos, ou uma apresentação (...).* (3ª entrevista com a mãe – 16/08/2006)

Também há a história de outras gerações da criança que vão se compondo na sua história com maiores ou menores tons. Todos somos feitos de muitas histórias, mas com características que são únicas pois remetem a cada pessoa:

> *Mãe: Brinquei muito, tive uma infância muito gostosa, parecia de criança de interior, mas eu era de São Paulo. Com muita liberdade, muitos amigos (...) então a gente brincava muito, menino, menina, várias brincadeiras, esconde-esconde, mãe da rua, de boneca, fazia feirinha, no carnaval a gente comprava aquelas bisnagas, jogava um no outro, nos carros, era a festa, era a festa, só voltava pra casa pra comer e pra fazer a lição de casa. O resto era tudo na rua. (...) Então meus pais tinham muito essa coisa de acampamento. Meu pai punha todo mundo*

> *dentro do carro e levava no Ibirapuera, passava a tarde no Ibirapuera, fazia campeonato de jogo e aí quando foi aumentando a idade, a gente tinha competições entre as igrejas. Então foi muito gostoso. Uma infância que, acho que poucas crianças de São Paulo têm. (...) Minha mãe era mais da educação, que ela é pedagoga, da disciplina, da educação, da higiene, da roupa limpa, das unhas cortadas e do aprendizado, das boas maneiras. E a diversão, a palhaçada, as brincadeiras, era com meu pai. Naquela época a gente curtia muito o pai, porque ele era mais próximo de brincar, e pra criança é muito importante brincar, e a mãe era mais das regras, do andamento da casa. Hoje, eu sinto muito mais proximidade, amo os dois e me dou bem com os dois, mas entendo muito mais como mãe, o papel da minha mãe, do que naquele tempo. Eu não valorizava tanto. Eu achava mais legal o meu pai que brincava, de árvore e eu e meu irmão subia em cima. A mãe ensinava a ler, a escrever, fazer lição, de alimentação, desse outro cuidado, que hoje eu valorizo muito. Mas quando a gente é criança, quem brinca é que é mais legal.*
> *Terapeuta: Interessante o que você fala, que mudou muito, hoje você entende sua mãe a partir do fato de ser mãe.*
> *Mãe: Muda, muda muito. E eu sou igual a ela. Hoje eu não sou tanto de brincar. Ainda brinco mais com ele do que meu marido. Mas eu sou mais da organização, do andamento da casa, da alimentação, das unhinhas da mão e do pé, da higiene, de levar pra cortar cabelo* (risos). *Cuidado de mãe mesmo, aí eu lembro da minha mãe. E a minha mãe hoje, olha a inversão dos papéis, hoje ela faz a brincadeira com meus filhos que ela não fazia comigo. Ela brinca muito. Ela rola no chão, brinca de cavalinho, de bola, de tudo, de tudo.*
> *Terapeuta: E em que tipo de brincadeira os dois estão juntos?*
> *Mãe: (...) E o menor, tem a diferença de quase 7 anos, passa a bola pra ele e que acha o máximo que o irmão chuta. Então eles entram num acordo. Com carrinho, aqueles brinquedos que tem postos de gasolina, que tem uma rampa. O menor ganhou um brinquedo, aqueles de montar tipo o Lego, e às vezes os dois brincam juntos de fazer uma montagem, de inventar uma casinha e fazer alguma coisa assim do tipo.*
> *Mãe: (...) Uma cidade pequenininha. Então lá tem os primos meninos. Da parte do pai, então lá ele vira moleque, pé sujo de areia, de terra vermelha, sai correndo, apronta, joga a pedra, é aquela infância que gostaria que ele tivesse mais vezes, vai lá e curte muito, apesar dele ainda ficar um pouco sensibilizado com a linguagem dos primos do interior, que é bem diferente, falam palavrão, usam às vezes termos pejorativos, o chamam de gordo. Outro dia comentou, "Ah, não gosto do primo tal porque ele me chama de gordo" (...).* (3ª entrevista com a mãe – 16/08/2006)

8.4 ALGUMAS ATIVIDADES EM GRUPO: PROPOSIÇÃO DE OUTROS ESPAÇOS DE ENCONTROS

Diferente do adulto, quando está saudável, a criança depende de um outro para apresentá-la e inseri-la nos diversos grupos sociais. Quanto menor for, mais ainda necessita do

outro. É preciso que a mãe saia com seu bebê de casa, ande com ele pela rua, coloque seu filho em uma escola ou o leve ao parque para que ele possa estar em contato com outras pessoas, crianças ou não.

Ao terapeuta ou outro profissional que acompanha a criança, caberá tomar essa decisão de inseri-la em um outro espaço de atendimento em que haja outra(s) criança(s), conforme as necessidades e o cuidado que pretende fornecer a ela.

Winnicott (1954) diz:

> Deve ser comum para uma criança não ter qualquer primo ao seu alcance e, no caso do filho único, isso constitui uma questão muito séria. Contudo, se este princípio for aceito, podemos afirmar que a principal ajuda a ser prestada à pequena família moderna é a ampliação do âmbito de relações e de oportunidades (p. 212).

Na terapia ocupacional tenho sempre em mente a possibilidade, em algum momento do processo, de indicar ao paciente o atendimento em grupo, dentro do raciocínio cujo eixo é o favorecimento da participação social do paciente, sofredor de situações de exclusão social e preconceitos. Em algumas histórias essa exclusão pode aparecer de modo sutil, e em outras de modo mais explícito e frequente no cotidiano da pessoa.

A indicação de grupo também constituiu um procedimento conduzido em função das narrativas de cada criança, de seu(s) familiar(es) e daquela construída, nesse caso, a quatro, terapeuta, criança, atividades e aluno, nas quais se evidenciaram dificuldades de participação social e mesmo de exclusão. São narrativas nas quais a criança não soube ou demorou para responder sobre quem eram seus amigos na escola, com ausência de comentários sobre atividades realizadas com outras crianças no dia a dia e não rotineiras nos finais de semana e outras relatadas pelos familiares apontando situações de exclusão da criança.

As crianças com comprometimentos intelectuais nem sempre compreendem essa situação de exclusão ou dificuldades de participação social, mas vivenciam a ausência da proximidade das crianças e a falta de convites para brincar. Embora Isabela não soubesse muito bem o que essa situação significava, havia as repercussões de como a família testemunhava essa situação que, de certa forma, acabava sendo refletida na criança na sua relação com seus pais que sofriam diante dessa realidade.

Hot Park e XLR-8 viveram, como comentado pelas mães, situações de não serem chamados para jogar bola, por exemplo. Não foi o propósito avaliar ou medir como esse período de intervenção de terapia ocupacional pôde favorecer a participação social dessas crianças, mas evidenciar que a relação terapêutica e os procedimentos e posturas do terapeuta visaram a favorecer essa participação.

Portanto, além da própria experiência de sair de casa e ir até a terapeuta ocupacional e as ressonâncias do fazer atividades a partir dessa terapia, a indicação de algumas propostas de atividades em grupo e a terapia ocupacional em grupo me levaram a refletir sobre as atividades e participação social.

Inicialmente pensei em proporcionar o encontro entre *Hot Park* e XLR-8 pela proximidade da idade e por serem meninos. Como afirma Mello Filho (1989), uma das funções terapêuticas universais realizadas por um grupo relaciona-se com o sentimento do paciente pertencer a esse grupo:

> *Comecei a falar sobre o próximo atendimento, "Fábrica de brinquedos*[3]*", que seria com o outro paciente, Hot Park, e outras pessoas* (alunos). *XLR-8 demonstrou gostar da ideia, pareceu animar-se, fazendo mímicas: com a mão no queixo disse "Humm, fábrica de brinquedos...", parecendo ter ideias. Disse: "Legal! Eu sei ioiô, eu sei fazer ele ir, mas não sei fazer ele voltar".* (8º atendimento)

Em uma das supervisões, conversávamos sobre materiais recicláveis. Este assunto foi levantado, pois uma das alunas levou um pequeno helicóptero que havia feito com sucata. Decidi, então, realizar um encontro para criar e fabricar brinquedos com as crianças. Estabelecemos um cronograma para organizar o encontro e dividimos as tarefas: quais brinquedos cada um de nós faria para que fossem apresentados às crianças. Dias antes do atendimento em dupla, apresentei *Hot Park* e XLR-8, que se cumprimentaram timidamente, porém no dia da "Fábrica de brinquedos", antes de entrarem na sala, já estavam conversando e mostrando-se ansiosos para o início. Conversei com as mães com antecedência sobre a proposta do atendimento em conjunto e houve concordância por parte delas.

Organizamos, na sala de atendimento, uma exposição com os brinquedos, feitos pelos alunos, para que as crianças pudessem olhar, experimentar, brincar e escolher um para fabricar. Separamos e arrumamos todos os materiais necessários sobre a mesa e dividimos a sala em ambientes: um para a exposição, outro para a criação e confecção e um outro para a pintura.

Conversei com *Hot Park* e XLR-8 sobre o que conheciam em relação às exposições e museus, associando o assunto com a proposta da exposição dos brinquedos. Contaram o que sabiam e se mostraram eufóricos para entrar e começar as atividades.

---

[3] Os nomes dos encontros grupais foram dados por mim, conforme a proposta de atividade, exceto a do último encontro que foi nomeada pelo aluno que elaborou e providenciou os materiais para a proposta. A condução das propostas de atividades, mais especificamente a apresentação da proposta e ensino da técnica de atividade, foi experimentada pelos alunos a partir do segundo encontro do grupo, como forma de exercitar um dos aspectos dos procedimentos no trabalho clínico, o de ensinar, no contexto do uso das atividades como forma de cuidado ao outro.

> *Perguntei o que viria a ser uma fábrica de brinquedos. XLR-8 disse que era para brincar. Além de brincar, perguntei o que mais iríamos fazer, se a proposta chamava-se "fábrica". XLR-8 logo respondeu: construir. Também perguntei se eles já tinham ido a um museu e se sabiam o que se faz neste lugar. XLR-8 logo respondeu que nunca havia ido e Hot Park demorou, mas disse que já tinha ido. Hot Park fez um esforço para se lembrar qual museu conheceu, ajudamos, falando alguns nomes de parques, até que ele se lembrou que tinha sido no Museu do Ipiranga. Falei do cuidado com os brinquedos que estavam expostos, e Hot Park ressaltou a importância de ser organizado e cuidadoso, para que outras crianças possam brincar com o mesmo brinquedo.* ("Fábrica de brinquedos" – junho de 2006)

Para terminar esse encontro, assistimos a um filme que se passou em uma televisão feita de caixa de sapato confeccionada por um dos alunos. O filme tratava de uma história cujos personagens éramos nós: crianças, terapeuta ocupacional e alunos. A história foi se passando através de uma extensa tira de papel enrolada em varetas de bambu dentro da caixa de sapato que serviu de estrutura para imitar uma televisão. A sessão de filme foi acompanhada de pipocas preparadas na cozinha, outro espaço de atendimento, por *Hot Park* e XLR-8 e de refrigerantes.

Depois dessa primeira experiência com *Hot Park* e XLR-8 veio a ideia, apoiada pelas próprias crianças, de realizar seus atendimentos em dupla:

> *Quando fui buscar Hot Park, XLR-8 estava brincando com ele em uma espécie de jogo de pega-pega. Aproveitei para comentar com eles que estávamos com a ideia de juntar os dois e todos os alunos no próximo atendimento. No mesmo instante XLR-8 perguntou: "E por que não hoje"? De fato era uma proposta tentadora e respondi: "Pois é, boa pergunta, por que não hoje"? Mas Hot Park falou: "Hoje tenho que fazer o cachecol", demonstrando certa reticência à entrada do colega. Sugeri que poderíamos tentar entrar todos, desde que isso "não atrapalhasse" a atividade de cada um, em especial no caso do Hot Park, que tinha uma atividade em andamento, a que ele queria dar continuidade. Os dois concordaram e todos nós entramos, inclusive os alunos. Hot Park continuou a fazer seu cachecol no tear enquanto XLR-8 optou por jogar de novo Combate. (...) Em alguns momentos Hot Park observou XLR-8 jogando. Comentou que sabia jogar Detetive. (...) Hot Park se despediu de todos e com XLR-8 o fez com um "toque" de mãos.* (23º atendimento de *Hot Park* e 15º atendimento de XLR-8)

> *Quando desci para buscá-los, na recepção, fiquei surpresa quando a mãe me disse que XLR-8 queria fazer um cachecol também, pois no atendimento anterior, ele viu Hot Park fazendo. Sua mãe trouxe o tear de pregos e comentou que ela não sabia fazer e que o filho iria ensiná-la. Achei esse fato muito interessante, pois apontou para a atenção que XLR-8 prestou na atividade de Hot Park, embora não tivesse demonstrado interesse na hora.* (16º atendimento de XLR-8)

> *Ao ver XLR-8 colando várias peças de biscuit, Hot Park também fez o mesmo. A presença de XLR-8 no atendimento pareceu fazer com que Hot Park estivesse mais comunicativo. Em alguns momentos Hot Park cantarolava uma música* (religiosa) *e ria. Sempre que alguma reação de XLR-8 chamava a atenção de Hot Park, esse se manifestava de modo afetivo como quem admira e se diverte com o jeito de ser do colega. Durante a colagem das peças, Hot Park e XLR-8 trocaram materiais, conversaram e perguntaram sobre a atividade do outro.* (28º atendimento de *Hot Park* e 20º atendimento de XLR-8)

> *Entramos na sala e XLR-8 sentou-se já colocando seus pés sobre o apoio. Continuou o tear, concentrado, apoiando a mão esquerda enquanto manipulava o fio com a outra. Fazia questão de usar o pedaço de tecido* (um quadrado laranja) *para apoiar a mão sobre os pregos, tal qual Hot Park usava. Foi rápido e quando errava algum ponto, logo voltava e colocava na casa certa. Tirava o fio da agulha com agilidade. Quis usar a agulha azul, que Hot Park usava. Como Hot Park não havia chegado, falamos que não haveria problema, mas, se ele chegasse, era para trocar (...).* (23º atendimento de XLR-8)

> *Desci para buscar Hot Park, XLR-8 quis subir junto. Ambos pediram muito para que fossem atendidos juntos. XLR-8 continuou seu tear, concentrado e, ao mesmo tempo, prestando atenção nas minhas conversas com Hot Park e o aluno, pois diversas vezes perguntou coisas. XLR-8 passava os fios nos pregos com agilidade. (...) Hot Park falou que o cachecol de XLR-8 ficará pequeno e o dele será maior e o do aluno maior ainda, pois usava o tear inteiro. Expliquei sobre o tamanho das pessoas e que o tamanho do cachecol, geralmente, é proporcional ao tamanho da pessoa. Assim, os meninos mostraram seus pescoços uns para os outros, sorrindo.* (37º atendimento de *Hot Park* e 24º atendimento de XLR-8)

Resolvi propor outro encontro do qual Isabela também pudesse participar, a despeito das diferenças de idade e do momento do desenvolvimento. Afinal, via, na sala de espera, um carinho muito grande entre XLR-8 e Isabela e uma proximidade entre as famílias. Nesse momento, Caio já havia chegado para compor o grupo de crianças atendidas por mim e pelos alunos. Esse segundo encontro chamou-se “A árvore de todos”, mas, nesse dia, Isabela acabou não podendo estar conosco. Essa atividade constou de um desenho feito em uma grande superfície de papel, com as impressões das mãos de cada criança, entintadas com guache de diversas cores, compondo a copa de uma árvore, cujo tronco fora, previamente, feito pelos alunos. Com um rolinho de espuma, cada criança, muitas vezes com nosso auxílio em função das dificuldades motoras, passava tinta na palma de sua mão e a carimbava no cartaz, resultando em uma árvore colorida. Detalhes, como um sol, pássaros no céu, grama e flores, foram, de modo espontâneo, acrescentados por cada um. Isabela deixou sua marca, complementando a árvore, em um dos seus atendimentos individuais, podendo, dessa forma, participar também da atividade do grupo. Talvez ela ainda não compreendesse essa minha

tentativa de aproximá-la de outros, mas certamente, naquele momento, para seus pais foi importante ver a atividade finalizada, um imenso cartaz colorido com a árvore, e saber que sua filha também participou dela.

O terceiro encontro contou com a participação de todas as crianças. Chamou-se “O corpo que brinca”. A proposta foi cada criança confeccionar um corpo articulado feito de papelão e, posteriormente, pintá-lo e orná-lo com roupas e adereços feitos de retalhos de tecido, fios e com pintura. Fizemos diferentes corpos e brincamos com nossos próprios corpos.

Como foi a primeira vez que Isabela participou, propus uma atividade inicial para as crianças se apresentarem e se conhecerem um pouco mais:

> *Fizemos uma dinâmica para que, quem não se conhecia pudesse se conhecer e falar um pouco mais sobre si. Ao perguntar se todos ali se conheciam, referindo-se à Isabela, que não havia participado das atividades com o grupo, XLR-8 disse que a conhecia da recepção. Brincamos de batata quente. O jogo consistiu nas pessoas sentarem em círculo e passar a bola à pessoa do lado enquanto uma outra cantava, fora da roda: “batata quente, quente, quente, quente...”. Quando a música era interrompida em tempo aleatório, a pessoa que estava nesse momento com a bola nas mãos dizia seu nome, idade, o que gostava de fazer, se estudava e em qual série estava e do que gostava de comer. Depois essa criança saía da roda, cantava a música e quando parava de cantar, o colega que estava com a bola na mão falava também de si. Todos seguraram na mão a batata quente. Isabela, que não falava, teve a ajuda da aluna que a acompanhava no sentido de dar algumas informações e fazer algumas perguntas para que ela respondesse com sinais de cabeça. Na maioria das perguntas, pareceu que Isabela havia entendido e suas respostas correspondiam com o que sabíamos dela por meio das atividades realizadas nos atendimentos. Por exemplo, disse, enfaticamente, que não gostava de pintar e, ao ser indagada sobre o que gostava de comer, Isabela começou a estalar a língua.* (“O corpo que brinca” – novembro de 2006)

Nessa atividade, enquanto *Hot Park*, XLR-8 e Caio pintavam e faziam colagens sobre o boneco para caracterizá-lo, Isabela não conseguiu manter-se muito tempo nessa atividade e fez uma pequena pintura com giz de cera, não se interessando pelos retalhos de tecido e outros materiais para enfeitar seu boneco. Brincou comigo e com a aluna de montar em nossas costas, como um cavalinho. Durante todo o atendimento fez sons com a língua e vocalizou bastante. Depois sua mãe contou que Isabela estava bastante agitada devido à mudança de medicação.

E o último encontro no ano de 2006, do qual Caio já não participou, foi sobre sons e instrumentos musicais, chamado “O som que me faz criar”. Um dos alunos, com seu

conhecimento musical e teatral, trouxe diversos instrumentos de percussão (calimba, bongô, tixuri, queixada, maracas, matraca, pandeiro, baqueta) e um de corda (o violão), que foram experimentados por todos nós. Sentamos no chão em roda e após uma explicação da proposta, cada instrumento foi sendo "tocado" por cada um, provocando surpresas, desafios, risos, e o aprendizado do respeito ao outro na medida em que o grupo deveria ouvir quem estava tocando e cada qual aguardar sua vez de tocar o instrumento. De modo surpreendente, Isabela experimentou a maioria dos instrumentos e permaneceu atenta à sua vez e à dos colegas, participando intensamente das atividades. *Hot Park* ,apesar da pouca movimentação na mão direita, usou-a ao experimentar os instrumentos e XLR-8 se levantou para tocá-los, dançando tal qual fazem os músicos nas bandas. Ao final, decidi convidar os pais para assistirem a uma apresentação do grupo, cada qual tocando um instrumento. Essa ideia surgiu durante a sessão, motivada principalmente quando soube que o pai de *Hot Park* veio buscá-lo, em uma intenção de favorecer *Hot Park* a "falar" de si ao seu pai e deste ver seu filho e suas atividades na terapia ocupacional.

Proporcionar o conhecimento de si, o reconhecimento pelo outro e a participação social por meio do encontro com o(s) outro(s), podem ser facilitados pelo fazer atividades, isto é, pelo brincar. Foresti e Bomtempo (2006) afirmam o quanto o brincar é bom e possibilita o desenvolvimento de habilidades como a metacomunicação que aparece no brincar de faz de conta e leva as crianças a comunicarem suas ideias umas com as outras. A pesquisa dessas autoras, envolvendo educadores no espaço da creche, aponta que a motivação e a interação social são facilitadores da aprendizagem. São aspectos fundamentais para serem observados quando o profissional utiliza os brinquedos e a atividade da brincadeira com a criança.

> *Entramos na sala. Hot Park e XLR-8 se impressionaram e foram direto aos brinquedos. Começaram olhando, puderam pegar nos brinquedos e experimentá-los, um a um. Com algumas explicações nossas, eles iam manipulando e explorando os brinquedos, sempre havia expressões de satisfação. XLR-8 dizia: "Que legal"!* ("Fábrica de brinquedos" – junho de 2006)

Tal qual ocorre nos atendimentos individuais, os acontecimentos no grupo e a ele relacionados podem ter repercussões no cotidiano da pessoa, evidente nas atividades e também nas suas narrativas:

> *A mãe de XLR-8 disse que o filho falou a semana toda sobre a Fábrica de Brinquedos e perguntava: "Como vão fazer uma fábrica lá"?* ("Fábrica de brinquedos" – junho de 2006)

Quando penso nos comentários da mãe do XLR-8 sobre as expectativas do filho diante dessa proposta, “Fábrica de brinquedos”, e das histórias que XLR-8 contou sobre o que fizemos nesse dia, remeto-me à figura do narrador apresentado por Walter Benjamin (1936/1994). O narrador é aquele que, vinculado à tradição oral, usa a própria experiência ou a de outro para contar, isto é, narrar e partilhar essa história vivida com o ouvinte. Narrar é uma forma artesanal de comunicar-se, pois os vestígios do narrador ficam impressos na sua narrativa, tal qual a mão do oleiro na argila do vaso. Só há o que narrar quando participamos e realizamos atividades.

Ao pensar nos aspectos que elegi evidenciar nos procedimentos de terapia ocupacional, vejo que eles também apareceram no contexto da proposta grupal.

O ensino de atividades aconteceu a todo momento, assim como a apresentação de materiais, pedaços da cultura oferecidos às crianças para serem usados conforme o repertório histórico de cada uma.

> *Antes de começar, XLR-8 pegou sua camiseta* (que usa para fazer atividades com tinta nos atendimentos) *para colocar. Ficou do lado de fora da porta, mas não conseguiu colocar sozinho. Pediu a ajuda da aluna, que perguntou de que lado que era para colocar primeiro. XLR-8 falou que era o lado esquerdo, como havíamos lhe ensinado (...).* (“A árvore de todos” – junho de 2006)

> *Primeiramente, o aluno perguntou às crianças se elas conheciam aqueles instrumentos, se sabiam seus nomes e como usá-los. XLR-8 conhecia o pandeiro. O aluno explicou, rapidamente, de onde esses materiais vinham e seus nomes. Nesse momento, os meninos estavam inquietos. Logo em seguida, o aluno foi explicando instrumento por instrumento e passando nas mãos de cada um para que cada um experimentasse a produção do som. Hot Park e XLR-8 estavam muito entusiasmados, não paravam um minuto.* (“O som que me faz criar” – dezembro de 2006)

Explicar se associa ao ensinar atividades, como forma de estabelecer combinações iniciais em um grupo para a brincadeira que só está começando e sem as quais a situação pode virar um caos e a brincadeira não acontecer.

> *Na sala, os dois olharam os brinquedos um a um: o barco a vela feito de retalho de tecido, rolha e embalagem de margarina; o vai e vem feito de garrafa pet; o bilboquê feito também de garrafa pet, barbante e bola de meia; o helicóptero, com hélice que gira, confeccionado com garrafa pet pequena, palito de sorvete, palito de dente e lápis; a tartaruga com rodas feita de garrafa pet, lápis e embalagem de iogurte; o telefone de lata e barbante e o pião feito de vareta de bambu, jornal e adornado com tinta e purpurina. Hot Park e XLR-8 experimentaram e brincaram com todos os brinquedos, alguns deles com nosso auxílio, explicando como funcionava e também brincando, até decidirem qual brinquedo gostariam de fabricar. Os dois escolheram o pião. Cada qual fez e*

> *pintou o seu pião à sua maneira. Mostraram prazer em manipular e ver o produto final de suas obras.* (“Fábrica de brinquedos” – junho de 2006)

O contorno, viabilizando as atividades, também ocorreu:

> *Sempre tínhamos que orientar XLR-8 para não sentar em cima da área para a pintura, mas sua excitação às vezes o impedia de ficar atento na organização durante a atividade. Hot Park, com auxílio do aluno que segurava o palito do pião, conseguiu pintar com tranquilidade.* (“Fábrica de brinquedos” – junho de 2006)

> *Num certo momento, Hot Park disse que ia fazer a grama. Pegava a tinta verde com um dedo e passava sobre o cartaz. Sentou e levantou várias vezes para pintar e para pegar mais tinta sobre a mesa, até que eu peguei e coloquei a bandeja com a tinta verde ao seu lado no chão, próximo da sua atividade, apontando, por meio da minha atividade, uma organização que favoreceu seu fazer.* (“A árvore de todos” – outubro de 2006)

O aspecto do reconhecimento também foi evidenciado:

a) pelos procedimentos do terapeuta ao indicar atividades e em sua postura na relação terapêutica:

> *Percebendo a tentativa de Hot Park ao ler o que estava escrito nas cenas do filme, uma vez que foi se aproximando cada vez mais da “tela” da televisão, solicitei que ele narrasse a história. XLR-8 ainda não sabe ler. Hot Park foi lendo em voz alta, com um pouco de dificuldade. (...) Eles pareciam bastante interessados no filme, que, a propósito, tinha todas as pessoas, que estavam no dia do atendimento, como personagens.* (“Fábrica de brinquedos” – junho de 2006)

b) pela família ao ver as atividades de seus filhos:

> *Assim que todos os instrumentos foram experimentados, o aluno cantou e tocou ao violão uma música que compôs. Pedi para cada um escolher um instrumento para acompanhar a música. Os meninos gostaram da ideia e, prontamente, escolheram seus instrumentos. Isabela escolheu também o dela com a ajuda das alunas. Ensaiamos a música e depois fizemos uma pequena apresentação. Na hora veio a ideia de chamar os acompanhantes para assistirem a seus filhos. XLR-8 mostrou para sua mãe como tocava cada instrumento, o pai do Hot Park também mostrou interesse perguntando para o filho como é que se tocava determinado instrumento. A mãe da Isabela também estava bastante animada e pediu que ela tocasse o tixuri. Isabela pegou o instrumento e mostrou, surpreendendo sua mãe que, com emoção, deu um abraço bem forte na filha, dizendo: “Você é a razão da minha vida”!* (“O som que me faz criar” – dezembro de 2006)

c) pelas crianças ao se surpreenderem na experiência do próprio fazer e do outro:

> *(...) A aluna pegou a árvore e mostrou a eles. Perguntei se eles sabiam e se lembravam onde estavam suas mãos e eu fui apontando algumas partes, perguntando se eles sabiam quem havia feito. XLR-8, Hot Park e Caio reconheceram suas mãos. Mostrei a Isabela qual era a sua mão na pintura e quando perguntamos novamente, ela soube mostrar onde estava, sem ajuda. XLR-8 lembrou-se que Isabela era a única que não estava no grupo. Expliquei que ela fez a atividade no outro dia. Na hora, quando eu perguntava de quem era a mão que eu estava mostrando, eles iam levantando a mão; na vez da Isabela, como ela não levantou, XLR-8 logo virou-se para Isabela, pegou na sua mão e a levantou.* ("A árvore de todos" – outubro de 2006)

> *Isabela, quando ouvia o som que ela mesmo produzia no instrumento, soltava uma grande gargalhada.* ("O som que me faz criar" – dezembro de 2006)

> *Caio manteve-se bastante atento à atividade que estava realizando, com muito cuidado cortou o tecido marrom e azul* (cores escolhidas por ele mesmo). *Em alguns momentos tinha curiosidade de saber o que as outras crianças estavam fazendo, mas sempre voltava a atenção ao seu próprio boneco. Usou cola branca para fixar o tecido no boneco e quando apertava muito o tubo de cola a aluna orientava. Quando os outros alunos perguntavam do boneco de Caio, ele mostrava com muito orgulho o seu trabalho. Caio também escolheu enfeitar o seu boneco com canetas coloridas e com as colas coloridas em relevo. Desenhou no corpo do seu boneco um caminhão e um chinelo.* ("O corpo que brinca" – novembro de 2006)

Um grupo se constitui de modo semelhante ao processo que ocorre no desenvolvimento do indivíduo, de um estado de não integração e dependência absoluta para estágios de dependência relativa e crescente autonomia. O terapeuta, tal qual mãe, facilita os processos de integração do grupo (MAXIMINO, 1997; MELLO FILHO, 1989; PEREIRA, 2000).

Observei que Caio tinha a mim como um porto seguro, uma referência de confiança dentro daquele contexto ainda de certo modo estranho e ameaçador. Diferente da fluidez de circulação observada em *Hot Park*, XLR-8, que já haviam tido, entre eles, momentos de proximidade nos atendimentos, e mesmo de Isabela, que se mostrava já próxima de XLR-8 nas brincadeiras na sala de espera.

> *Quando fui buscar os meninos na recepção, XLR-8 e Hot Park estavam juntos, Hot Park deitado em dois bancos e XLR-8 praticamente em cima dele como um irmão menor que "abusa", no sentido do bom afeto, do maior. XLR-8 veio correndo me abraçar e Hot Park veio logo em seguida. Lembrei que iam conhecer uma outra criança e, portanto, precisavam aguardá-lo. Nesse instante, Caio chegou correndo. Parou junto a nós e os três ficaram se olhando, por alguns segundos, receosos e cautelosos com a nova situação.* ("A árvore de todos – outubro de 2006)

> *Caio sentou-se na roda e foi se deslocando para perto de mim, uma pessoa conhecida diante de várias outras que ele nunca tinha visto. Mostrou certa dificuldade para lembrar os itens solicitados na dinâmica* (apresentação de cada um e construção de uma rede tecida com fio de barbante). *XLR-8 e Hot Park ajudaram Caio nesse momento.* ("A árvore de todos" – outubro de 2006)

> *Sentamos em roda para que a aluna explicasse as atividades que seriam propostas. Sentei ao lado do Caio. Sempre, no início, parecia precisar de uma referência de confiança. Colocou sua mão sobre minha perna e lá deixou. Depois, ao acaso, seu joelho encostou no meu, pois estávamos sentados na posição de "buda". Caio manteve seu joelho encostado no meu, aproximando-os com sua mão, como quem necessita de um ponto de segurança.* ("O corpo que brinca" – novembro de 2006)

Mello Filho (1989) diz que o grupo, inicialmente soma de partes diferentes, gradualmente se torna integrado e os processos de identificação levam os pacientes a ajudarem uns aos outros.

> *Caio teve certa dificuldade para seguir a proposta ao se apresentar, não memorizando o que deveria contar de si ao grupo, tendo sido auxiliado pelo grupo. Hot Park se mostrou sempre muito dinâmico e habilidoso nas atividades em grupo e individuais. Lembrou-se de todos os itens a serem ditos, quando todos já tinham se esquecido, demonstrando sua boa memória. (...) Sempre que alguém não lembrava o que tinha que falar, os outros ajudavam, principalmente Hot Park, que permaneceu muito atento, generoso e cuidadoso com as pessoas do grupo e respeitando as regras do jogo.* ("O corpo que brinca" – novembro de 2006)

A partir desses encontros grupais, a espontaneidade entre as crianças e os respectivos alunos acompanhantes tornava-se evidente:

> *Durante as atividades, Hot Park mostrou-se bastante animado, com iniciativa e espontâneo, ficando bravo com sua falta de acertos e eufórico quando conseguia fazer pontos. XLR-8 aceitou as regras, ora reclamando e tentando modificá-las, ora acompanhando o grupo, e não pareceu incomodado com o penúltimo lugar. Hot Park ficou em terceiro lugar. Uma das alunas ficou em primeiro lugar e os meninos* (*Hot Park* e XLR-8) *desenharam um troféu no dorso da mão da vencedora. XLR-8 gritava "campeã, campeã". A cada soma das pontuações, Hot Park e XLR-8 falavam para a pessoa o total de pontos e sua classificação, numa comunicação tranquila que refletia o entrosamento deles com todos os alunos, não somente com o de referência.* ("Festa junina" – junho de 2007)

Novamente recorro a Mello Filho (1989) quando afirma que a competição pode se transformar em apoio e solidariedade mútua, importantes elementos terapêuticos em uma situação grupal.

Maximino (1997) ressalta que um grupo só existe e, portanto, funciona, quando há uma representação interna de grupo, o que implica que seus participantes discriminem um dentro e um fora (do grupo) e se percebam como únicos e como parte dessa unidade maior que é o grupo. Creio que não posso afirmar que já havia um grupo constituído, mas pessoas ampliando suas relações sociais e vivenciando lidar com a situação de encontro com outras pessoas. Um início.

Assim como no atendimento individual, o encontro no grupo evidenciou, nessa população de crianças com alterações, predominantemente sensoriais e motoras, a relação das condições do corpo com a ideia de ser capaz ou não de fazer. A pergunta "Será que vou conseguir?" pareceu permear o pensamento dessas crianças como em todas as pessoas que se veem diante de novas propostas ou desafios.

> *Começamos a explicar como seria feita a atividade da árvore. O tronco e os ramos já estavam prontos, num grande cartaz colocado sobre o chão, mas as folhas seriam feitas por eles, carimbando as mãos com tintas. Inicialmente, Hot Park falou que não queria fazer e, imediatamente, XLR-8 disse também que não faria. Caio quis fazer. Nessa hora Hot Park logo disse de modo enfático que faria com a mão esquerda, parecendo achar que estaria em desacordo com alguma expectativa minha* (devido ao fato de ele ter paresia à direita). *Eu disse que tudo bem. XLR-8 questionou, como quem reivindica igualdade de atenção, por que eu não tinha perguntado para ele* (não percebendo que eu não havia feito nenhuma pergunta ao *Hot Park*), *então perguntei a ele com qual mão iria fazer e ele respondeu que com a esquerda. Caio, por sua vez, como num efeito de peças de dominó caindo em sequência, falou que faria com as duas mãos.* ("A árvore de todos" – outubro de 2006)

Essa situação foi interessante, pois, de uma preocupação com exigências sociais e externas, *Hot Park* se posicionou firmemente e teve como retorno minha resposta tranquila e diferente do que era seu temor, isto é, a exigência do uso do membro superior que tem a paresia. Disso resultou em exigências e comentários de XRL-8 e Caio desvinculados à deficiência, mas como exigência de iguais direitos e expressão da necessidade que cada um tem de ser visto e ouvido, de ter atenção e o olhar do outro.

Nas atividades, o uso do corpo foi mobilizado pelas necessidades e desejos. É importante ressaltar que a percepção, o uso e a atenção à parte do corpo que apresenta alterações e dificuldades foram acontecendo no contexto do brincar. É dessa forma que penso alcançar o objetivo da conscientização corporal com o paciente. Claro que a atividade de "fazer ginástica" também foi proposta, mas o exercício e os cuidados com o corpo não se dão somente por meio dessa atividade específica, mas também por meio da maior parte das atividades do ser humano:

> *Ao brincar de vai e vem, Hot Park utilizou as duas mãos. (...) Havia também um helicóptero que, por um mecanismo de barbante, a hélice rodava. Hot Park e XLR-8 manipularam, com certa dificuldade, pois, para rodar exigia destreza, mas não desanimaram. (...) Terminada a confecção do pião, crianças e alunos foram experimentar para ver se rodava. Hot Park tentou rodar usando a face anterior do antebraço direito, mas foi difícil. XLR-8 também não conseguiu rodar, mas ambos não demonstraram desânimo diante desse fato.* ("Fábrica de brinquedos" – junho de 2006)

Para Maximino (1997),

> Podemos dizer que os grupos e as atividades realizadas na terapia ocupacional possuem uma "potência de provocação", ou ainda que os grupos funcionam como "ampliadores do potencial provocativo" das atividades. [...] Pensamos em "provocação" como aquilo que afeta, que conecta ambiente e órgãos do sentido, que é o resultado de algo que se liga e que já não é nem só ambiental nem só individual (p. 3).

O grupo pareceu um espaço de potencialização. Certas atividades das crianças, fazeres, atitudes e posturas, pareceram ser facilitadas pelo fato de estarem com outras pessoas em um espaço de confiabilidade.

Para Benetton (1999) essa potencialização pode decorrer da presença do que denominou quarto termo, que pode ser o grupo, a presença do(s) aluno(s) ou de familiar, entre outros exemplos.

> *Fizemos a dinâmica passando um rolo de barbante, formando um emaranhado de fios, todos estavam segurando uma parte. Hot Park disse que parecia estar formando a letra M, depois a letra X e foi falando outras figuras que poderiam se formar. Caio começou a pegar a ponta do barbante que estava em sua mão e balançou como se fosse uma cobra. As outras crianças também começaram a brincar de cobrinha, balançando o barbante. Hot Park, quando está com outras crianças, verbaliza muito mais e presta muita atenção no que elas fazem e dizem e se demonstra sempre muito prestativo.* ("A árvore de todos" – outubro de 2006)

> *Orientei os alunos para irem à sala de espera e perguntarem aos meninos se eles gostariam de serem pintados de caipiras, assim como os alunos haviam feito. Hot Park e XLR-8 gostaram da ideia. XLR-8 ainda pediu que pintasse o seu dente igual ao do aluno. Já Hot Park não quis, pediu somente as costeletas, bigode e pintas nas bochechas.* ("Festa junina" – junho de 2007)[4]

> *O segundo jogo foi o de argolas. Para ver quem ia começar o jogo e a sequência dos jogadores, jogaram "dois ou um". A aluna explicou o que deveria fazer e ajudou Isabela na hora do "dois ou um". Terminou sua explicação com a expressão "Tá bom"? e Isabela, em seguida, respondeu: "Tá", parecendo ter entendido a conversa. Isabela colocou todos os dedos na roda, à sua maneira,*

[4] Essa proposta ocorreu quando retornei ao trabalho, após período de afastamento, como um reencontro com as crianças, familiares e alunos. Participaram Isabela, XRL-8 e *Hot Park.* Caio já não estava mais conosco.

> *mas na hora exata que todos também faziam o mesmo, participando e compreendendo a atividade. (...)* (“Festa junina” – junho de 2007)

Outros procedimentos, além da indicação do grupo, como a indicação de determinadas atividades, também visaram a favorecer o estar na realidade compartilhada, ainda que de modo protegido, como a mãe que vai “soltando” aos poucos o filho até que ele consiga andar e tomar ônibus sozinho para ir à escola.

Assim foi o jogo de bola com *Hot Park* na área lateral externa da clínica que fica em contato com a rua, por onde passam carros e pessoas andando na calçada. Olhares, curiosidade, vontade de também jogar, não sei o que passavam como ideias nas pessoas que nos viam lá, com a bola, nos divertindo e também nos mantendo em atividade física. Mas esse espaço de fato é diferente de estar em um consultório, em uma sala fechada. Estávamos, eu, *Hot Park* e as atividades, em um espaço que era ao mesmo tempo, literalmente, dentro e fora.

No momento do processo de terapia ocupacional em que avalio que o paciente, como o bebê que caminha da dependência relativa à independência, está em condições de experimentar situações mais complexas do ponto de vista dos seus investimentos e esforços, principalmente psíquicos e sociais, lembro-me de Winnicott (1962): “a vida é uma extensa série de saídas de cercados, de aceitação de novos riscos e de confronto com novos e excitantes desafios” (p. 131). Nesse sentido, geralmente, a partir do que é familiar, protegido e provido de cuidados, a criança ingressa de modo crescente nos espaços menos familiares, não familiares, onde vai aprendendo a se cuidar e a encontrar neles aquilo de que pode tirar proveito para si, no sentido do desenvolvimento saudável. Encontrar no mundo o que já conhecia por fazer parte de si. É um processo difícil, com momentos penosos, sofridos e outros de encontros que trazem à pessoa crescimento, prazer e alimentos para a alma.

Sair para tomar um lanche no *shopping*; ir até a esquina, no supermercado; jogar bola na quadra da praça; ir a uma casa de empadas; andar na rua próxima de onde acontece o atendimento; ir ao museu; andar de elevador e ir até a área externa do hospital; e fazer piquenique no parque foram algumas das muitas atividades que já realizei com pacientes e grupos de pacientes com o propósito de ampliar os cercados sociais de pessoas que viviam socialmente de modo restrito ou que tiveram uma restrição de sua participação social após doença ou acidente.

Em uma dessas experiências, propus atividades com os pacientes articuladas às da minha atuação e formação profissional: convidei as crianças, XLR-8, *Hot Park* e Isabela, e seus familiares, a visitarem uma Jornada Científica, organizada por uma instituição de ensino

superior, na qual apresentamos, eu e os alunos, um pôster sobre o trabalho desenvolvido nos seus atendimentos. Infelizmente, dessas três crianças somente uma conseguiu ir com seus pais. Leram o pôster e viram as fotos do filho e das demais crianças em atividades emoldurando e ilustrando a discussão proposta. Penso que há um sentimento de orgulho desses e de outros pais saberem que as histórias de seus filhos serviram para ampliar e divulgar conhecimentos e também das crianças, que se sentem importantes ao se verem, sob a forma de imagens, atividades e escritos, no mundo e para o mundo.

Foram poucos encontros no contexto do grupo e a preocupação central não era a constituição do grupo em si, mas oferecer momentos de experiências com diferentes pessoas para cada participante, compreendendo que esses momentos também são facilitadores para novos encontros, novos fazeres e possibilidades de vivências de participação social.

> *Nosso último encontro*[5] *(...) os pais de Isabela e a mãe do XLR-8 estavam combinando de fazer um passeio com as crianças no zoológico. Tanto os pais de Isabela quanto a mãe de XLR-8 pediram uma cópia das fotos das crianças e suas atividades na terapia ocupacional. Um CD com as fotos será providenciado e em agosto entregue às três famílias.* ("Festa junina" – junho de 2006)

A história na terapia ocupacional é aquela construída na relação entre mim, a criança e suas atividades. Essas atividades, portanto, fazem parte das narrativas dessas histórias que, com certa perda de informações, permanecem na nossa memória, minha, dessas crianças e dos familiares que as acompanharam nessa jornada de tratamentos. Digo que há sempre uma perda de informações porque é impossível guardar na mente todas as informações dos acontecimentos tais quais se deram no determinado tempo e espaço. No entanto, os sentidos atribuídos pela pessoa aos acontecimentos vivenciados permanecem na sua memória não apenas sob a forma de informação retida na mente, mas sob a forma de sensações que podem ser retomadas em uma nova situação vivida.

O termo memória tem sua origem etimológica no latim e significa a faculdade de reter e/ou retomar ideias, imagens, expressões e conhecimentos adquiridos anteriormente reportando-se às lembranças, reminiscências.

A memória é uma função cognitiva extremamente importante porque ela forma a base para a aprendizagem. A memória envolve um complexo mecanismo que abrange o arquivo e a recuperação de experiências (gavetas que abrem e fecham e guardam coisas

[5] Havia a intenção, discutida nas reuniões com os alunos, de realizar passeios no Parque do Ipiranga, local próximo da clínica, dentro do raciocínio de realizar procedimentos, como indicar atividades, envolvendo o espaço fora do "consultório". A intenção era propor experiências de atividades em outros espaços da realidade compartilhada, favorecendo a ampliação da participação social. Mas esse dia foi nosso último encontro.

importantes), portanto, está intimamente associada à aprendizagem, que é a habilidade de mudarmos o nosso comportamento através das experiências que foram armazenadas na memória. A memória é um processo de retenção de informações, que se desdobram em sensações e percepções, no qual nossas experiências são arquivadas e recuperadas quando as chamamos.

Ressalto nesse trabalho o aspecto da experiência criativa que caracteriza as atividades humanas e para apropriar-se e fazer uso delas na vida, a memória faz-se necessária. Se não houvesse a memória não teríamos como tirar proveito da experiência.

> A memória humana é uma função da mente que nos possibilita sermos indivíduos singulares. É ela que garante a nossa identidade. Por meio da memória guardamos nossas vivências, sejam elas simples ou complexas, e as levamos conosco ao longo da vida, somando-as a novas experiências e selecionando novos momentos para viver (SÉ; LASCA, 2005, p. 61).

Halbwachs (2006) fala sobre os dois tipos de memórias, a individual e a coletiva. Afirma que nossas impressões podem se basear não somente nas nossas lembranças, mas nas de outros. Para isso é preciso que a memória da pessoa mantenha pontos de concordâncias com as dos outros a fim de que seus testemunhos possam colaborar com a memória individual. Enfatiza que a memória individual e a coletiva se interpenetram: de um lado a individual confirma algumas de suas lembranças e preenche algumas lacunas ao se apoiar na memória coletiva; de outro, esta última contém as memórias individuais de um determinado grupo social, limitado a um tempo e um espaço[6].

Isso é semelhante ao que Safra (2002) nos diz também da dimensão paradoxal do *self* humano, da singularidade do homem que abriga o coletivo. "[...] ou seja a criação da singularidade de si no mundo com outros e a criação dos 'muitos' em si no campo da singularidade do *self"* (p. 26).

Hot Park, Caio e XLR-8, seus pais e os pais de Isabela, todos sabem que suas histórias estão sendo utilizadas para dar vivacidade à discussão proposta nesta investigação, que foi explicada às crianças como sendo um livro que estaria escrevendo sobre eles. E Isabela, quando ver esse "livro", certamente, vai se reconhecer nas imagens nele contidas, de experiências das quais intensamente fez parte. Como disse XLR-8 com expressões corporais de acanhamento, mas com largo sorriso: *"Uau, o Brasil todo vai estar sabendo de mim"!*

[6] Arendt (1958) também se refere à condição paradoxal humana de ser singular entre iguais. Cf. Introdução.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho de atendimento às crianças, a constante preocupação em refletir e estudar a terapia ocupacional com essa população é fundamental para manter o terapeuta atento a algumas especificidades e cuidados nesse tipo de atendimento.

Uma delas é o próprio fato de a pessoa que faz a terapia ocupacional ser um bebê ou uma criança. Isso pode, mais facilmente, levar o terapeuta a não olhar para o paciente. Entendo que quando o adulto ou o idoso está na posição de desacreditado (GOFFMAN, 1982) também pode não ser visto pelo outro como, por exemplo, o próprio profissional. Entretanto, no dia a dia, vemos constantes cenas do cotidiano de crianças que estão tentando comunicar algo e não são compreendidas, seja por meio de um súbito gesto que para os adultos parece não ter sentido ou mesmo por meio do choro que, principalmente em um contexto social externo ao próprio lar, causa constrangimentos aos adultos que tendem a cessá-lo imediatamente. Quero com isso ressaltar que é comum os adultos não considerarem muitas coisas que as crianças tentam lhes dizer. Os adultos têm suas preocupações com relação às crianças, cuidam delas com zelo e afeto, mas isso não impede que eles desconsiderem o ponto de vista das crianças que, muitas vezes, fica no lugar daquilo que não tem tanta importância pois é das crianças. Penso que essa situação tem relação com o fato de a criança estar desenvolvendo sua autonomia e independência, ou seja, são os adultos, ainda, os seus responsáveis e essa condição transitória parece levar à ideia de que essa criança não tem condições de escolher ou dizer algo que possa ser relevante nas circunstâncias. E o profissional que cuida dessas crianças, sendo um adulto, também pode não percebê-las em alguns momentos por estarem diante de uma criança muitas vezes com deficiência intelectual e/ou dificuldades na comunicação verbal. Há que se ter cuidado.

Um segundo cuidado, associado ao que já foi dito, é que o terapeuta pode também não ver o que as crianças fazem. São produções como os desenhos, por exemplo, as garatujas, que podem facilmente parar no lixo, não por uma decisão da criança, mas pelo adulto, sem mesmo ter a autorização de quem as fez.

Safra (2006) ressalta que “o brincar, freqüentemente, é desqualificado por nada produzir e por estar sempre colocado na categoria do infantil. A mentalidade habitual é que se algo é infantil, então é algo sem muita importância” (p. 12).

A observação dessa assertiva no dia a dia entre adultos e crianças, no âmbito das relações familiares, cotidianas e dos profissionais com as crianças, associada ao mundo em

que vivemos, que imprime nos nossos cotidianos um ritmo acelerado, com a realização de múltiplas tarefas ao invés de atividades vivenciadas com expressões e tempos singulares, foi uma das reflexões ao longo da pesquisa. Preocupa-me como as crianças são tratadas nas relações com os adultos, estes dedicados, na maioria das vezes, aos cuidados oferecidos a elas, mas nem sempre atentos ao que singulariza essas crianças. Na situação em que a atenção à criança é envolta por preocupações com sua saúde física e/ou condições intelectuais, como no caso da criança com deficiência física, associada ou não às alterações cognitivas, pode haver maior restrição no foco da atenção ao que a criança fez ou disse. São difíceis tarefas enfrentadas pelos adultos, pais e profissionais dessas crianças, uma vez que, embora haja essa preocupação, o que pode nos colocar em maior estado de atenção às crianças, de fato, há sempre dúvidas se estamos no caminho mais certo, no sentido do saudável.

Compreender, na terapia ocupacional, as brincadeiras, os jogos e outras atividades como experiências que podem acontecer na área do brincar, isto é, da criatividade, como concebe Winnicott (1971a), tem me favorecido olhar com mais cuidado para as produções das crianças durante as terapias.

Como disse, embora os pais possam, no dia a dia, não dar tanta atenção às atividades produzidas pelo filho, em relação às outras questões referentes à sua saúde e desenvolvimento, em geral, estão muito atentos, especialmente a mãe, que sempre acaba identificando quando algo não vai bem com seu filho. A essa capacidade de compreensão e observação do próprio filho devemos reconhecer e considerar. Aqui penso que está uma terceira especificidade que requer cuidado no atendimento às crianças.

Venho constatando nas narrativas dos familiares que geralmente as mães sempre fazem observações precoces e precisas do desenvolvimento dos seus filhos, mas nem sempre lhes dão crédito.

Winnicott (1967c) ressalta a importância de dar crédito às mães, ao que elas percebem, dizem e fazem. Um conhecimento diferente daquele que os profissionais adquirem na sua formação. Trata-se de um conhecimento decorrente da intensa identificação, e, portanto, devoção que as mães têm pelos seus bebês:

> *Mãe: Porque quando na hora de amamentar, de colocar ele sentadinho, eu fui percebendo que um braçinho dele mexia mais do que o outro. Minha família achava, até, que eu estava louca. Todo mundo falava que ele não tinha nada, que ele estava ótimo, era uma criança feliz, sorridente. "Mas, gente, um braço dele mexe mais que o outro". Aí eu levei ele em outro pediatra. Porque já tava até com medo do outro pediatra achar que eu estava neurótica. Aí eu falei pro outro pediatra do que eu achava, de que um braço mexia mais do que o outro e pedi pra ele dar uma olhada pra mim. Aí ele olhou tudo e me disse que poderia ser nada*

> *de grave ou que poderia ser uma encefalopatia. Aí no mesmo dia ele fez a tomografia, eu fiquei na sala de imagem. Tive livre acesso ao processo de imagens, eu fiquei vendo os cortes de imagem junto com o técnico. De repente o técnico pega uma imagem, para e congela. Parecia clima de UTI, gente! Eu olhei pra aquilo e disse: "Eu não estou acreditando"! Por mais que eles me falassem e eu soubesse o que era aquilo. "Eu não, eu não estava acreditando, não é possível". Aí nisso o técnico chamou o neurologista pra ver a imagem também, depois o pediatra veio e olhou também. (...) O que vai me acontecer. Foi a única pergunta que me caiu. Foi o pior dia da minha vida! (...) é um grande ponto de interrogação não saber o que vai acontecer, é uma angústia muito grande não saber o que vai acontecer. (...) O medo do desconhecido causa uma perturbação, uma angústia. Foi um período muito complicado.* (2ª entrevista com a mãe do *Hot Park* – 24/05/2006)

Se, por um lado, a mãe percebe como está o desenvolvimento e a saúde do filho, por outro não sabe o que fazer diante destas percepções e por isso necessita dos profissionais e de seus conhecimentos.

Um quarto cuidado que tenho observado relaciona-se com a indicação das atividades para o paciente, quando este é uma criança ou bebê, pois o terapeuta pode cair no descuido de pegar em seu armário qualquer brinquedo ou uma folha de papel e uma caixa de lápis de cera, materiais frequentemente associados ao universo das crianças. Não que esses materiais não possam ser disponibilizados em sessões de atendimentos visando a proporcionar atividades como brincadeiras e atividades gráficas, mas é necessário tomar um cuidado para que essa seleção de materiais não se torne um ato autômato do terapeuta toda vez que ele for atender uma criança.

Os ensinamentos proporcionados pelos estudiosos do brinquedo e do jogo (BOMTEMPO, 1999, 2005; BROUGÈRE, 1997, 2004; KISHIMOTO, 2005) me instrumentalizaram com conhecimentos que tornaram a indicação de atividades para as crianças, no universo das brincadeiras e dos jogos, um procedimento mais criterioso.

Considero também que, embora tome como pressuposto que as experiências de atividades na terapia ocupacional venham a ser vivências de criatividade, não há como provar isso de modo objetivo, como uma garantia daquilo em que venho há anos acreditando e dizendo. Nem sempre as experiências poderão ser de fato criativas, mas penso que indicamos atividades e propomos experiências no contexto do processo de terapia ocupacional com o propósito de serem saudáveis, mesmo que sejam no sentido de ensinar também a criança a responder ao mundo sem nele se perder muito, diante do jogo entre a realidade compartilhada e a interna. Ora estamos reagindo ao mundo como o bebê que tem uma reação diante de uma intrusão ambiental, ora estamos vivendo descobertas criativas nesse mundo, tal qual aquele

bebê. O importante é que os ensinamentos do terapeuta ocupacional não se pautem somente na adaptação ao mundo, embora pense que em alguns momentos podemos levar o paciente a essa ação mais reativa quando nos deparamos com situações difíceis e complexas. Por outro lado, proporcionar experiências que possam ser criativas e vivenciadas na terceira área da vida, como propõe Winnicott (1963a; 1971a), é essencial para que os momentos de reatividade possam existir, mas não o suficiente para roubar o indivíduo de si mesmo.

E quando digo sobre as experiências de realização de atividades na terapia ocupacional, nem sempre me refiro às situações prazeirosas, divertidas e alegres. Viver a vida de modo saudável não exclui as experiências dolorosas e com sofrimentos. O desapontamento de não conseguir fazer uma determinada atividade também informa à pessoa sobre seus limites e possibilidades e ter esse conhecimento é sempre saudável, pois nos protege e nos orienta na vida.

A intenção não era definir os procedimentos de terapia ocupacional, mas apresentar uma forma de compreender essa terapia e o brincar nesse campo profissional e nomear, em parte, como procedo para que essa terapia que procura favorecer a participação social da pessoa atendida possa acontecer. A tentativa de nomear os procedimentos ou qualificações que os caracterizam foi uma tarefa difícil e arriscada pois apresentei algumas ideias que estão somente no esboço de uma pequena e localizada discussão com meus pares de profissão e alunos mais próximos. Esse trabalho se encerra no momento, uma pausa necessária para que possa compartilhar essa discussão com mais pessoas, profissionais, estudantes de terapia ocupacional e de outras áreas.

REFERÊNCIAS[1]

AMARAL, L. A. **Conhecendo a deficiência:** em companhia de Hércules. São Paulo: Robe, 1995. 204 p.

ANDERSON, J.; HINOJOSA, J.; STRAUCH, C. Integrating play in neurodevelopmental treatment. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 41, n. 7, p. 421-425, 1987.

ARENDT, H. (1958) **A condição humana.** 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 352 p.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 279 p.

BANDET, J.; SARAZANAS, R. **A criança e os brinquedos.** Lisboa: Editorial Estampa, 1972. 173 p.

BARROS, D. D. Habilitar – Reabilitar... O rei está nu? **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 2, n. 2/3, p. 100-104, 1991.

BARTHES, R. Brinquedos. In: _____. **Mitologias.** Lisboa: Edições 70, 1988. p. 52-53.

BATESON, G. (1956) The message "this is play". In: HERRON, R. E., SUTTON-SMITH, B. (Orgs.). **Child's play.** United States of America: John Wiley & Sons, 1971. p. 261-269.

BENETTON, M. J. O silêncio. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 4, n. 1, p. 63-67, 1995.

_____. **Trilhas associativas:** ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional. São Paulo: Diagrama & Texto/CETO, 1999. 141 p.

_____. **Trilhas associativas:** ampliando subsídios metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional. 3.ed. Campinas: Arte Brasil Editora/UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006. 144 p.

BENJAMIN, W. (1934) Franz Kafka: a propósito do décimo aniversário de sua morte. In: _____. **Magia e técnica, arte e política:** ensaios sobre literatura e história da cultura. 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 137-164. (Obras Escolhidas, v. 1)

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

_____. (1969) **Reflexões:** a criança, o brinquedo, a educação. São Paulo: Summus, 1984. 119 p.

BERLYNE, D. E. Curiosity and exploration. **Science**, v. 153, p. 25-33, 1966.

BLANCHE, E. I. Fazer junto com – não fazer para: a recreação e as crianças portadoras de paralisia cerebral. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **A recreação na terapia ocupacional pediátrica.** São Paulo: Santos, 2000. p. 202-218.

BOBATH, K. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral.** 2.ed. São Paulo: Robe, 1984.

BOMTEMPO, E. Brincar, fantasiar e aprender. **Temas em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 51-6, 1999.

_____. Brincar, fantasiar, criar e aprender. In: OLIVEIRA, V. B. de (Org.). **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos.** 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 127-50.

_____. A brincadeira de faz-de-conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In: KISHIMOTO, T. M. (Org.). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação.** 8.ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 57-72.

BOMTEMPO, E.; HUSSEIN, C. L. O brinquedo: conceituação e importância. In: BOMTEMPO, E. (Coord.). **Psicologia do brinquedo:** aspectos teóricos e metodológicos. São Paulo: Nova Stella/EDUSP, 1986. p. 17-28.

BRACEGIRDLE, H. The use of play in occupational therapy for children: what is play? **British Journal of Occupational Therapy**, v. 55, n. 3, p. 107-108, 1992.

BRAGA, R. **Casa dos Braga:** memória de infância. Rio de Janeiro: Record, 1997. 138 p.

BRODIN, J.; JONSON, U. Computer play centres for children with disabilities. **International Journal of Rehabilitation Research,** v. 23, n. 2, p. 125-8, 2000.

BROUGÈRE, G. **Brinquedo e cultura.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. 110 p. (Col. Questões da Nossa Época, v. 43)

_____. **Brinquedo e companhia.** São Paulo: Cortez, 2004. 335 p.

BUNDY, A. C. Recreação e entretenimento: o que procurar. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **A recreação na terapia ocupacional pediátrica.** São Paulo: Santos, 2000. p. 52-66.

CAILLOIS, R. (1967) **Los juegos y los hombres:** la máscara y el vértigo. México: Fondo de Cultura Econômica, 1994. 331 p.

CARONE, M. O fausto do século 20. (Posfácio) In: KAFKA, F. **O castelo.** 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. p. 469-480.

CASTIGLIONI, M. C. Tecnologia aplicada a corpos. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 16, n. 1, p. 9-13, 2005.

CASTORIADIS, C. **Feito e a ser feito:** as encruzilhadas do labirinto V. Rio de Janeiro: DP&A, 1999. 302 p.

CASTRO, E. D. et al. Análise de atividades: apontamentos para uma reflexão atual. In: De CARLO, M. M. R. do P.; LUZO, M. C. M. (Orgs.). **Terapia ocupacional:** reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004. p. 47-73.

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS (Org.). **CIF:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003. 325 p.

CERTEAU, M. de **A cultura no plural.** Campinas, SP: Papirus, 1995. 253 p. (Col. Travessias do Século)

COUCH, K. J.; DEITZ, J. C.; KANNY, E. M. The role of play in pediatric occupational therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 52, n. 2, p. 111-117, 1998.

CROSS, L. A.; COSTER, W. J. Symbolic play language during sensory integration treatment. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 51, n. 10, p. 808-814, 1997.

DeRENNE-STEPHAN, C. Imitation: a mechanism of play behavior. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 34, n. 2, p. 95-109, 1980.

DIAMENT, A.; CYPEL, S. (Coords.). **Neurologia infantil**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 1360 p.

FÉDIDA, P. A negação da deficiência. In: D'ÁVILA NETO, M. I. (Org.). **A negação da deficiência:** a instituição da diversidade. Rio de Janeiro: Achiamé/Socius, 1984. p. 137-147.

FERLAND, F. **O modelo lúdico:** o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional. São Paulo: Roca, 2006. 171 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLOREY, L. An approach of play and play development. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 25, n. 6, p. 275-280, 1971.

_____. Studies of play: implications for growth, development, and for clinical practice. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 35, n. 8, p. 519-524, 1981.

FORESTI, S. M.; BOMTEMPO, E. Aprendendo o esquema corporal na creche com Pinóquio. In: BOMTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. de (Orgs.). **Brincando na escola, no hospital, na rua...** Rio de Janeiro: Wak, 2006. p. 29-50.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 25.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 165 p. (Col. Leitura)

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 158 p.

GOLDSTEIN, K.; KIELHOFNER, G.; PAUL-WARD, A. Occupational narratives and the therapeutic process. **Australian Occupational Therapy Journal,** v. 51, p. 119-124, 2004.

GRAY, M. The relevance of Work-Play Theory to human adaptation: effects of hospitalization on Work-Play behavior. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 26, n. 4, p. 180-184, 1972.

GUNN, S. L. Play as occupation: implications for the handicapped. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 29, n. 4, p. 222-225, 1975.

HALBWACHS, M. (1968) **A memória coletiva.** São Paulo: Centauro, 2006. 224 p.

HASSELKUS, B. R. Introdução às populações de adultos e idosos. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 607-615.

HELLER, A. (1970) **O cotidiano e a história.** 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992. 121 p.

HUIZINGA, J. (1938) **Homo Ludens:** o jogo como elemento da cultura. 4.ed. São Paulo: Perspectiva, 1996. 243 p.

HURFF, J. M. A play skills inventory: a competency monitoring tool for the 10 year old. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 34, n. 10, p. 651-656, 1980.

JURDI, A. P. S. Atividade lúdica: uma atividade criativa. **Temas do Desenvolvimento,** v. 10, n. 56, p. 46-50, 2001.

KAFKA, F. (1922) **O castelo.** 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. 482 p.

KIELHOFNER, G.; BARRIS, R. Collecting data on play: a critique of available methods. **Occupational Therapy Journal of Research**, v. 31, n. 4, p. 150-180, 1984.

KISHIMOTO, T. M. O jogo e a educação infantil. In: _____. (Org.). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação.** 8.ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 13-44.

KNOX, S. Desenvolvimento e uso corrente da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **A recreação na terapia ocupacional pediátrica.** São Paulo: Santos, 2000. p. 35-51.

KUJAWSKI, G. M. A crise do cotidiano. In: _____. **A crise do século XX.** São Paulo: Ática, 1988. p. 31-61.

LAW, M. Participation in the occupations of everyday life. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, n. 6, p. 640-649, 2002.

LAW, M. et al. A comparison of intensive neurodevelopmental therapy plus casting and a regular occupational therapy program for children with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 39, p. 664-670, 1997.

_____. Participation of children with physical disabilities: relationships with diagnosis, physical function, and demographic variables. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 11, n. 4, p. 156-162, 2004.

LAWLOR, M. C. The significance of being occupied: the social construction of childhood occupations. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 57, n. 4, p. 424-434, 2003.

LILLARD, A. S. Pretend play skills and the child's theory of mind. **Child Development**, v. 64, p. 348-371, 1993.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 208 p.

MALINOWSKI, B. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: GUIMARÃES, Z. A. (Org.). **Desvendando máscaras sociais.** 3.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. p. 39-61.

MANCINI, M. C. **Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI):** manual da versão brasileira adaptada. Minas Gerais: UFMG, 2005. 193 p.

MANDICH, A. D.; POLATAJKO, H. J.; RODGER, S. Rites of passage: understanding participation of children with developmental coordination disorder. **Human Movement Science,** v. 22, n. 4-5, p. 583-95, 2003.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso:** uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, M. C. O sensível olhar-pensante. In: FREIRE, M. et al. (Orgs.). **Observação, registro e reflexão:** instrumentos metodológicos I. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1996. p. 20-37.

MATSUTSUYU, J. Occupational behavior: a perspective on work and play. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 25, n. 6, p. 291-294, 1971.

MATTINGLY, C. A natureza narrativa do raciocínio clínico. (Trad. MARCOLINO, T. Q.; Rev. BENETTON, J.) **Revista Ceto –** Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, ano 10, n. 10, p. 4-18, 2007.

MAXIMINO, V. **A constituição de grupos de atividade com pacientes psicóticos.** 1997. 199f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

McLAREN, C.; RODGER, S. Goal attainment scaling: clinical implications for paediatric occupational therapy practice. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 50, n. 4, p. 216-224, 2003.

MELLO, M. A. F. de Tecnologia Assistiva. In: GREVE, J. M. D. **Medicina de Reabilitação Aplicada à Ortopedia e Traumatologia.** São Paulo: Roca, 1999. p. 407-419.

MELLO FILHO, J. de As idéias de Winnicott e o trabalho com grupos. In: _____. **O ser e o viver:** uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 187-207.

MEYER, A. (1922) The philosophy of occupational therapy. Reprinted from the Archives of Occupational Therapy, v. 1, p. 1-10, 1922. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 31, n. 10, p. 639-642, 1977.

MICHELMAN, S. The importance of creative play. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1971.

MILLER, S.; REID, D. Doing play: competency, control, and expression. **CyberPsychology & Behavior**, v. 6, n. 6, p. 623-632, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 23.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269 p.

MISSIUNA, C.; POLLOCK, N. Play deprivation in children with physical disabilities: the role of the occupational therapist in preventing secondary disability. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, n. 10, p. 882-888, 1991.

NELSON, D. L. Why the profession of occupational therapy will flourish in the 21st centuy – The 1996 Eleanor Clarke Slagle Lecture. **The American Journal of Occupational Therapy,** v. 51, n. 1, p. 11-23, 1997.

O'BRIEN, J. et al. The impact of occupational therapy on a child's playfulness. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 12, n. 2/3, p. 39-51, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/cbcd/CIF>. Acesso em: 08 abr. 2004.

PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **A recreação na terapia ocupacional pediátrica.** São Paulo: Santos, 2000. 267 p.

PARHAM, L. D.; PRIMEAU, L. A. Recreação e terapia ocupacional. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **A recreação na terapia ocupacional pediátrica.** São Paulo: Santos, 2000. p. 2-21.

PEREIRA, A. P. Grupos com crianças enfermas. In: MELLO FILHO, J. de **Grupo e corpo:** psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 197-212.

PERROTTI, E. A criança e a produção cultural: apontamentos sobre o lugar da criança na cultura. In ZILBERMAN, R. (Org.), **A produção cultural para a criança**. 4.ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1990. p. 9-27.

PFEIFER, L. I. et al. Atividades lúdicas na avaliação psicomotora de pré-escolares. **Temas do Desenvolvimento,** v. 16, n. 91, p. 3-7, 2008.

PFEIFER, L. I.; EUFRAZIO, M. C. Influência do brincar para o desenvolvimento de crianças institucionalizadas de 3 a 6 anos. **Temas do Desenvolvimento,** v. 15, n. 85/86, p. 14-23, 2006.

PIAGET, J. (1951) **A formação do símbolo na criança.** Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

PIERCE, D. E. Early object rule acquisition. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, n. 5, p. 438-449, 1991.

_____. O potencial da recreação com objetos para lactentes e crianças na primeira infância em risco de atraso no desenvolvimento. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **A recreação na terapia ocupacional pediátrica.** São Paulo: Santos, 2000. p. 86-111.

PLAISANCE, E. Da deficiência física à deficiência sociocultural: aspectos teóricos e perspectivas de ação. In: D'AVILA NETO, M. L. (Org.). **A negação da deficiência:** a instituição da diversidade. Rio de Janeiro: Achiamé/Socius, 1984. p. 103-16.

POULSEN, A. A.; ZIVIANI, J. M. Can I play too? Physical activity engagement of children with developmental coordination disorders. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 2, p. 100-107, 2004.

QUINTANA, M. **Para viver com poesia.** Seleção e organização Márcio Vassallo. São Paulo: Globo, 2007. p. 118.

RAMOS, G. (1937) **A terra dos meninos pelados**. 35.ed. Rio de Janeiro: Record, 2006. 79 p.

READ, D. L. Play as a phenomenon in occupational therapy literature: a literature review. **New Zealand Journal of Occupational Therapy**, v. 47, n. 1, p. 15-17, 1996.

REID, D. The influence of virtual reality on playfulness in children with cerebral palsy: a pilot study. **Occupational Therapy International**, v. 11, n. 3, p. 131-144, 2006.

ROBINSON, A. L. Play: the arena for acquisition of rules for competent behaviour. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 31, n. 4, p. 248-253, 1977.

ROCHA, E. F. Corpo deficiente: um desvio da norma? **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 2, n. 4, p. 182-187, 1991.

_____. (Org.). **Reabilitação de pessoas com deficiência:** a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, 2006. 300 p.

ROCHA, E. F.; CASTIGLIONI, M. C. Reflexões sobre recursos tecnológicos: ajudas técnicas, tecnologia assistiva, tecnologia de assistência e tecnologia de apoio. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 16, n. 3, p. 97-104, 2005.

ROSA, S. S. da **Brincar, conhecer, ensinar.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002. 118 p. (Col. Questões da Nossa Época; v. 68)

SAFRA, G. Transicionalidade como campo de investigação. **O Boletim do Oficina**, v. 1, n. 1, p. 8-10, out. 1995.

_____. **A face estética do *self*.** São Paulo: Unimarco, 1999. 164 p.

_____. **A po-ética na clínica contemporânea.** Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004. 160 p.

_____. Método de pesquisa: do projeto à elaboração do texto final – As metodologias contemporâneas e suas bases epistemológicas, com foco na pesquisa em Psicologia e Psicanálise. Aula ministrada no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica – USP pelo Prof. Dr. Gilberto Safra. Produção da Edições Sobornost. São Paulo: Edições Sobornost/Resposta Editorial e Comercial, 2005. 1 DVD (105 min), son., color.

_____. **Desvelando a memória do humano:** o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. São Paulo: Edições Sobornost, 2006. 80 p. (Col. Pensamento Clínico de Gilberto Safra)

_____. Memória e subjetivação. **Memorandum**, v. 2, p. 21-30, 2002. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos02/safra02.htm>. Acesso em: 7 maio 2007.

SAKEMILLER, L. M.; NELSON, D. L. Eliciting functional extension in prone through the use of a game. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 52, n. 2, p. 150-157, 1998.

SANT'ANNA, M. M. M. **Tradução e adaptação transcultural dos protocolos de avaliação do Modelo Lúdico para crianças com paralisia cerebral.** 2006. 129 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006.

SCHWARTZ, M.; SCHWARTZ, C. G. Problems in participant observation. **American Journal of Sociology**, v. 60, p. 343-53, jan. 1955.

SÉ, E. V. G.; LASCA, V. **Exercite sua mente:** guia prático para aprimoramento da memória, linguagem e raciocínio. São Paulo: Prestígio, 2005.

SEGAL, R. et al. Stigma and its management: a pilot study of parental perception of the experiences of children with developmental coordination disorder. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, n. 4, p. 422-8, 2002.

SHANNON, M. P. D. The relevance of Work-Play Theory to human adaptation: Work-Play Theory and the occupational therapy process. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 26, n. 4, p. 169-172, 1972.

SINASON, V. **Compreendendo seu filho deficiente.** Rio de Janeiro: Imago, 1993. 101 p. (Série Mini-Imago)

SKÄR, L. Disabled children's perceptions of technical aids, assistance and peers in play situations. **Scandinavian Journal of Caring Sciences,** v. 16, n. 1, p. 27-33, 2002.

STAGNITTI, K. Understanding play: the implications for play assessment. **Australian Occupational Therapy Journal,** v. 51, p. 3-12, 2004.

STEINBERG, S. R.; KINCHELOE, J. L. Sem segredos: cultura infantil, saturação de informação e infância pós-moderna. In: _____. (Orgs.). **Cultura infantil:** a construção corporativa da infância. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. p. 9-52.

STURGESS, J. A model describing play as a child-chosen activity: is this still valid in contemporary Australia? **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 50, n. 2, p. 104-108, 2003.

TAKATA, N. The play history. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 23, n. 4, p. 314-318, 1969.

_____. The play milieu: a preliminary appraisal. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 25, n. 6, p. 281-284, 1971.

TAKATORI, M. **O brincar no cotidiano da criança com deficiência física:** privilegiando um olhar para a construção das intervenções em reabilitação. 1999. 233 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **O brincar no cotidiano da criança com deficiência física:** reflexões sobre a clínica da terapia ocupacional. São Paulo: Atheneu, 2003. 104 p.

TAKATORI, M. et al. O lúdico no atendimento de crianças com deficiência: uma reflexão sobre a produção cultural na infância. **Estilos da Clínica,** v. 7, n. 23, p. 90-107, 2007.

TCHEKHOV, A. P. (1888) Uma crise. In: _____. **O beijo e outras histórias**. Organização, tradução, prefácio e notas de Boris Schnaiderman. São Paulo: Ed. 34, 2006. p. 81-110.

_____. (1892) Enfermaria nº 6. In: _____. **O beijo e outras histórias**. Organização, tradução, prefácio e notas de Boris Schnaiderman. São Paulo: Ed. 34, 2006. p. 183-249.

TOLSTÓI, L. (1860-1863) Kholstomér. In: _____. **O diabo e outras histórias.** Tradução: Beatriz Morabito, Beatriz Ricci, Maira Pinto, André Pinto Pacheco. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 49-100.

TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 5.ed. São Paulo: Santos, 2005. 1157 p.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 685 p.

VANDENBERG, B.; KIELHOFNER, G. Play in evolution, culture, and individual adaptation: implications for therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 36, n. 1, p. 20-28, 1982.

WILLIAMS, S. E.; MATESI, D. V. Therapeutic intervention with an adapted toy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 42, n. 10, p. 673-676, 1988.

WINNICOTT, D. W. (1941) A observação de bebês em uma situação padronizada. In: _____. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 112-132.

_____. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

_____. (1947) Mais idéias sobre os bebês como pessoas. In: _____. **A criança e o seu mundo.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p. 95-103.

_____. (1949a) Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: _____. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 254-276.

_____. (1949b) O mundo em pequenas doses. In: _____. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p. 76-82.

_____. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

_____. (1952) Psicoses e cuidados maternos. In: _____. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 303-315.

_____. (1953) A mãe, a professora e as necessidades da criança. In: _____. **A criança e o seu mundo.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p. 214-224.

_____. (1954) Necessidades das crianças de menos de cinco anos. In: _____. **A criança e o seu mundo.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p. 203-213.

_____. (1956) A preocupação materna primária. In: _____. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

_____. (1958) A capacidade para estar só. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 31-37.

_____. (1959) O destino do objeto transicional. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas:** D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 44-48.

_____. (1960) O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 21-28.

_____. (1962) Agora estão com cinco anos. In: _____. **Conversando com os pais.** São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 127-137.

_____. (1963a) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 79-87.

_____. (1963b) O medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas:** D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 70-76.

_____. (1967a) O conceito de indivíduo saudável. In: _____. **Tudo começa em casa.** 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 17-30.

_____. (1967b) A localização da experiência cultural. In: _____. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 133-143.

_____. (1967c) O ambiente saudável na infância. In: _____. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 51-60.

_____. (1968a) *Sum:* eu sou. In: _____. **Tudo começa em casa.** 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 43-50.

_____. (1968b) O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R., DAVIS, M. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas:** D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 171-177.

_____. (1969) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C., SHEPHERD, R., DAVIS, M. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas:** D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 195-202.

_____. (1970) Vivendo de modo criativo. In: _____. **Tudo começa em casa.** 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 30-42.

_____. (1971a) **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975. 203 p.

_____. (1971b) 'Iiro' aos 9 anos e 6 meses. In: _____. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.** Rio de Janeiro: Imago, 1984. p. 20-36.

_____. (1988a) Os estados iniciais. In: _____. **A natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 147-156.

_____. (1988b) O estabelecimento da relação com a realidade externa. In: _____. **A natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 120-135.

_____. (1988c) A experiência do nascimento. In: _____. **A natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 165-172.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Functioning, Disability and Health. Disponível em: <http://www3.who.int/icf>. Acesso em: 25 maio 2003.

APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, do sexo _____, de _____ anos de idade, residente à _____, mãe/pai ou responsável pelo(a) _____, do sexo _____, de _____ anos, declaro ter sido informado(a) e estar devidamente esclarecido(a) sobre a nossa participação na pesquisa "Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social", que tem como objetivo usar o brincar como instrumento de avaliação e composição de um diagnóstico em terapia ocupacional e como um dos objetivos do processo terapêutico com a criança visando facilitar a participação social da criança. Também recebi informações sobre os procedimentos a que estaremos sendo submetidos, que se constituem nos atendimentos de terapia ocupacional para a criança, os registros escritos dos atendimentos, entrevista gravada em fita cassete com a mãe ou outro responsável, visitas domiciliares, registros fotográficos e/ou filmagens dos atendimentos de terapia ocupacional e a utilização desses materiais, exclusivamente, para fins da condução do próprio processo terapêutico, didáticos e de pesquisa. Estou ciente de que ao término da pesquisa, as fitas com as entrevistas gravadas serão apagadas e os resultados divulgados sem que meu nome ou de meu filho(a) apareça associado à pesquisa. Estou ciente também que esta pesquisa não oferece qualquer risco ao meu filho(a) ou a mim. Recebi garantias de total sigilo e de obter esclarecimentos sempre que os desejar. Sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo nos atendimentos de terapia ocupacional do meu filho(a), que está vinculado não às necessidades temporais da pesquisa mas às do paciente que continuará recebendo os mesmos benefícios e seguindo as mesmas regras que qualquer paciente em tratamento na instituição onde a pesquisa estará sendo realizada. Sei também que meu filho (a) continuará a receber o tratamento em terapia ocupacional mesmo após o término da pesquisa, caso ainda seja paciente da instituição e haja necessidade de tratamento.

_____ _____

Assinatura do sujeito da pesquisa — Assinatura da testemunha

___/___/___ ___/___/___

Pesquisador responsável:

Eu, Marisa Takatori, docente responsável pelo projeto "Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social", declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito da pesquisa para realizar este estudo, tendo este documento sido assinado em duas vias, uma destinada ao sujeito da pesquisa e a outra para o pesquisador.

Assinatura: _____ ___/___/___

(e-mail: mtakatori@uol.com.br)