

Relação Terapeuta-Paciente

Eliane Dias de Castro

INTRODUÇÃO

Esse tema tem para a Terapia Ocupacional um lugar central. No encontro entre terapeutas e pacientes, ocorre a tessitura das práticas, das propostas de tratamento, do exercício da terapia ocupacional. A partir dele, muitas inquietações, novas percepções e todo um refinamento e uma inovação da profissão vêm sendo possíveis. É aí que se originam muitos acontecimentos, matérias de novos sentidos existenciais que tocam tanto os terapeutas quanto os pacientes e abrem espaços numa multiplicidade de territórios visíveis e invisíveis, materiais e imateriais, objetivos e subjetivos, teóricos, técnicos, tecnológicos e metodológicos, conteúdos que inscrevem fundamentalmente a emergência do humano e afetam todos os atores desse encontro.

Na Terapia Ocupacional, a relação terapeuta-paciente acontece em um campo de complexidades no qual questões relacionadas ao sofrimento humano exigem estudos e conhecimentos interdisciplinares — técnico-científicos, antropológicos, psicológicos, sociais e políticos — que caracterizaram a necessidade de ampliação da atuação do terapeuta ocupacional e de nela operar com uma compreensão do ser humano capaz de atravessar as fronteiras do pensamento e das ações e de construir novos lugares para a vida que se processa, para o inusitado das demandas que se constelam nos encontros. No campo das práticas em terapia ocupacional no Brasil, os profissionais muitas vezes deparam-se com questões singulares que os transportam para uma não-convenção da clínica — questões do cotidiano e da organização das vidas surpreendem e desafiam. Habilitar e reabilitar: as ações de sujeitos com histórias complexas remete os terapeutas ocupacionais a um campo de inventividade, de criatividade, de singularidades, de culturas diversas, de heterogeneidades, e relacionam-se à construção do acesso às múltiplas informações que as diferentes áreas, como por exemplo da reabilitação, da saúde, da educação e de outros campos do conhecimento, podem proporcionar.

A Terapia Ocupacional não sobreviverá se for aprisionada pelos formatos frios de uma clínica reducionista que se contenta em proporcionar um aparato técnico sem olhar, a partir da relação terapeuta-paciente, para toda a gama de necessidades que podem

estar condensadas nas demandas tecnicistas. Se a saúde for pensada como produção de vida, a relação terapeuta-paciente implicará uma multiplicidade de ações e intervenções no mundo.

A relação terapeuta-paciente designa um lugar de conexão entre a ética, a política e o direito, designa uma costura capaz de reforçar as passagens entre autonomia pessoal e vínculo social. Perceber o ser vivo em constituição, em processo, “*tendo como princípio as conexões que o constituem ao longo de sua existência*” (p. 88).

Ao iniciar a construção de um pensamento e de uma reflexão sobre essa relação, o profissional depara-se com a extensão do tema e com a pluralidade do campo assistencial no qual se enraiza a terapia ocupacional contemporânea, e em especial com as características da população atendida na terapia ocupacional no Brasil, o que o remete ao cuidado de indivíduos produzindo muitas generalizações. Busca-se organizar um alinhamento de idéias pinçadas nas experiências clínicas, nos referenciais bibliográficos e no trabalho de acompanhamento de estudantes de terapia ocupacional. Cada terapeuta, dependendo do campo e da área de atuação, terá de realizar as adaptações de saberes e práticas de acordo com as necessidades e questões apresentadas pelos sujeitos atendidos, “*o que implica uma construção gradual, artesanal, de desconstrução de problemáticas e de recomposição, ressignificação, complexificação de possibilidades e de entrada no circuito social*” (p. 65).

Há que se avaliar cada situação em particular e a qualidade da demanda terapêutica que está em questão.

ATENÇÃO E ACOLHIMENTO

Na formação do terapeuta ocupacional, estudos, discussões, observações, vivências e práticas formam camadas de consistência, construindo atitudes, preparando para um encontro consciente e responsável entre *alguém* que vai optando e se abrindo para receber e acolher de uma maneira especial e singular e um *outro alguém* que traz em sua história intensidades, rupturas, demandas ou ausência de demandas, que muitas vezes não se sabe se estão preparados para acolher. Na atividade profissional, essa responsabilidade pelo outro será estruturada continuamente, de forma dinâmica, a cada encontro com a população atendida.

Nos primeiros momentos do encontro paciente-terapeuta, *atenção e acolhimento* são atos inaugurais que guiam, orientam e fundam a tensão em direção ao outro. Nesses gestos inicia-se uma responsabilidade confiada em que *alguém* é preparado especialmente para acolher *um outro alguém* cuja demanda de atenção se relaciona a uma multiplicidade de necessidades. *Atenção e o acolhimento* determinam o receber, a receptividade do receber o outro como relação ética. E dependem também essencialmente do *sim* do outro, não menos que o *sim* ao outro.⁴

Pode-se entender então esses dois gestos inaugurais como primeiros movimentos que expressam uma simultaneidade de atividade e passividade tanto daquele que recebe alguém quanto daquele que é acolhido. Nesse momento, as singularidades que marcam a vida do paciente estarão presentes: características biológicas, potencialidades psíquicas, sua história, suas marcas, experiências anteriores, sua cultura — estruturas e desestruturas que formatam a vida de todos. Esses fatores fazem com que cada pessoa atendida necessite de um tipo de cuidado que *“só poderá ser ministrado por alguém que esteja, frente a ele e seu desenvolvimento, em um estado de devoção e de relação empática”*⁵ (p. 7).

Nesse encontro estarão envolvidos também aspectos relacionados à pessoa do terapeuta: a corporeidade, os sentidos, as percepções, as formas de expressão, a organização da escuta, os cuidados com os tempos e os espaços, as observações, as proposições teóricas e práticas, as experiências culturais, sua história de vida conferem qualidade à relação terapeuta-paciente.

A atenção e o acolhimento remetem o terapeuta à imagem de uma porta, momento em que se abre no relacionamento com o outro uma maneira de falar, de escutar, de proceder. A porta aberta designa a acessibilidade a um campo de conhecimento no qual o terapeuta ocupacional operará como um interlocutor do sujeito diante de todo um aparato técnico-científico, social e ambiental, possibilitando-lhe uma forma de lidar com questões que poderão construir um entendimento de sua saúde e dos recursos e direitos que lhe conferirão transformações no seu modo de viver e no contexto em que se desenrola sua vida.

Pode-se pensar essa relação como uma relação ética com uma demanda acolhida dentro de um campo de direitos e de um conjunto de políticas referente aos atendimentos em saúde, em terapia ocupacional. A relação terapeuta-paciente poderá ser compreendida como um dispositivo que remete a muitas questões — filosóficas, ético-políticas, sociais, psicológicas e ambientais —, e, com toda a prudência necessária, é preciso respeitar a qualidade dessa relação, construindo uma ressonância capaz de reforçar a *“urgência de uma ética exercida cotidianamente”*⁶ (p. 88).

A movimentação num território onde a matéria desse encontro funde mundos — terapeuta e paciente estarão imersos numa temporalidade nova dada por esse encontro, complementada por uma tessitura na qual ambos vão se afetando mutuamente, progressivamente, criando uma realidade compartilhada constituída de matéria afetiva.⁶

O fundamental é que nessa relação seja possível ao paciente existir como ser humano apesar das doenças, das deficiências e dos sofrimentos que o afligem. Nela o paciente inscreve as suas características na subjetividade do terapeuta, o que lhe permite desenvolver um sentido de continuidade e um certo estilo de ser.⁵

Nessa trama idêntifica-se um conteúdo consciente e sensível que nutre o pensamento, a linguagem, a compreensão de estados clínicos, que se complexificam, que proporcionam a continuidade

de do relacionamento e orientam a clínica da terapia ocupacional. Nos desdobramentos das ações compartilhadas e desenvolvidas nesses encontros, conhecimentos são transformados em formas de vida. Lugares da interioridade e da exterioridade de cada ator desse relacionamento são tocados, e ocorre uma remodelação na geografia da subjetividade de ambos — os encontros formam novas subjetividades, permitem o trânsito por novos territórios, orientam novas formas de compreender o vivido, criam aberturas em direção aos outros. Neles, identifica-se também uma outra matéria que é absorvida inconscientemente, que aparece nas fantasias, nos sonhos, nas imagens de devir, nas dificuldades e entaves cotidianos, nos íres-e-vires do processo terapêutico. Alguns projetos e campos formativos podem surgir como ressonâncias do não-compreendido, daquilo que necessita ser aprofundado ou estudado. Nas narrativas dos pacientes e dos terapeutas ocupacionais, múltiplas formas dessas experiências são relatadas, e o material inconsciente também possibilita novos entendimentos e direcionamento das ações e procedimentos terapêuticos e da condução da própria relação. Esse material inconsciente afetará esse encontro, o movimentará, participará da fiação da vida.

A atenção e o acolhimento dessas matérias solicitam do terapeuta ocupacional o trânsito por terrenos sensíveis, a abertura para uma corrente de fluxos e a disposição para atravessar fronteiras, para situar-se cooperativamente como força viva para a transformação da vida humana. Existe necessidade de que se exerçam junto ao sujeito determinadas funções ambientais que possam colocar em marcha seu desenvolvimento, e por outro lado existe também a necessidade de se trabalhar no ambiente, no território onde transcorre a vida, de forma artesanal, para favorecer uma clínica da terapia ocupacional que permita ao paciente produzir valor social e novos sentidos para sua existência.

A HISTÓRIA SURGE AOS POUCOS E O LUGAR DA ENTREVISTA

Pesquisar junto ao paciente sua história de vida oferecerá uma visão sobre sua vida numa certa situação social, cultural e histórica. A história de vida de uma pessoa apresenta-se como construções da identidade, na qual ela conta quem é e como tem vivido a sua vida. A pessoa é o narrador, aquele que articula os diferentes eventos da sua vida numa história, e, ao realizar isso, reconstrói a sua própria história de vida, reconstituindo acontecimentos e dando-lhes significados.

No campo da terapia ocupacional, as histórias de vida podem ser contadas também pelas escolhas de atividades, pelo repertório ocupacional de cada paciente. Nesse diálogo, os profissionais trabalham auxiliando as pessoas a reiniciar ou reconstruir suas histórias ocupacionais, a participar de atividades importantes para elas, apesar da doença ou da incapacidade.⁷

Entre os procedimentos clínicos que auxiliam no resgate das histórias de vida, a entrevista oferece a oportunidade de expressar as necessidades emergentes do paciente no momento em que busca atendimento. Ela é uma interação entre duas pessoas, na qual a relação terapeuta-paciente poderá se iniciar e se desenvolver. A forma de condução da entrevista facilitará ou inibirá o desenvolvimento dessa relação. Assim, ao estimular um sentimento de colaboração e oferecer uma possibilidade real de comuni-

cação, o terapeuta estará ampliando as possibilidades de tratamento e engajamento do paciente às propostas de atendimento.

A entrevista é uma forma de acolher narrativas sobre as histórias de vida e pode ser considerada uma estratégia clínica para se obterem informações e para se desenvolver uma aproximação com o paciente. É uma experiência verbal compartilhada, construída em conjunto por entrevistador e entrevistado. A entrevista pode mapear as primeiras informações para a estruturação do atendimento e propiciará uma compreensão da realidade vivida pelo paciente. Ela pode ser considerada uma estratégia estruturada para engajar o paciente num diálogo, embora talvez funcione melhor quando prossegue como uma conversa, e não como numa sessão formal de perguntas e respostas. O estabelecimento da comunicação e uma sensação de confiança são fundamentais para que a entrevista seja bem realizada. A razão mais importante para envolver um paciente é a de que o terapeuta ocupacional possa compreender melhor como o paciente vê as coisas e entende os acontecimentos de sua vida.

Ela pode ocorrer no início dos trabalhos, recolhendo informações específicas do paciente; ao longo de vários encontros; ou ainda no decorrer dos atendimentos, como forma de reavaliação, para proporcionar uma percepção compartilhada do que ainda é necessário no tratamento, auxiliando assim no processo de construir uma nova história na continuidade da vida do paciente.⁷

Como porém todo processo clínico no campo da terapia ocupacional é dinâmico, é no decorrer e no aprofundar da relação e do vínculo terapeuta-paciente que dados significativos de fundamental importância e significação da vida do paciente surgirão. E isso dependerá do grau de confiança construído e estabelecido nessa relação. Esse tipo mais informal de interação também pode envolver o paciente e o terapeuta numa revisão do que aconteceu no tratamento até então e abrir novas perspectivas nos atendimentos, o que ajudará o paciente e o terapeuta a se ressituaem no tratamento e a reprojetaem ações futuras.

Entretanto, algumas pessoas não apresentam facilidades expressivas em boas condições e/ou alguns pacientes podem fornecer informações de forma comprometida e necessitarão de outros interlocutores nesse processo. A família ou pessoas do cuidado diário serão possíveis agentes na coleta dessas histórias de vida, e o terapeuta deverá se preparar para essas situações.

Parece óbvio que durante todo o processo de escuta do paciente é necessário grande *atenção* e *acolhimento* à forma e ao conteúdo expresso; pois, afetos, memórias, sentimentos entrelaçarão as narrativas, ampliando as informações coletadas pela entrevista, permitindo ao terapeuta estabelecer nexos e completar o entendimento das histórias de vida dos pacientes. É, fundamentalmente, na trajetória dos encontros que se poderá ir desenrolando um fio e, gradativamente, tecer uma história de continuidade e progressão com os pacientes atendidos.

VÍNCULO

O contato entre dois seres humanos é uma experiência potente que definirá o mundo imediato no qual esse contato se estabelece. É assim que cada um se defronta com um outro, o vínculo com alguém é imprescindível para o acontecer humano. O outro interage, responde ou não às ações, e, por sua vez, provoca respostas. A humanidade depende desse sentimento de ligação, des-

sa experiência vincular. Um vínculo se estabelece por meio de um sistema de poderosas conexões — superfícies corporais, linguagem, olhares, sentimentos, constância, intensidades, sensações, realizações, continuidade são formas de sua manifestação.

O trabalho terapêutico ocupacional oferece uma oportunidade de ímpar para que esse processo ocorra, experiências vinculares anteriores do paciente poderão ser dinamizadas pela presença e pelas intervenções do terapeuta. A observação atenta, a experiência do olhar, o olhar o rosto, o olhar os olhos, o contato, a escuta, complementada com a qualidade de *atenção*, *acolhimento* e presença, configuram campos de ações entre pacientes e terapeutas. O vínculo se constrói na experiência interpessoal do relacionamento que vai se estabelecendo, e é fascinante o processo de identificação que ocorre. Nele, qualquer pessoa " *sente e age como uma outra pessoa e faz desta, de certo modo, parte de si mesma*" (p. 59). É no processo de vinculação que se forma a capacidade essencial para a identificação. Essa capacidade se dá num primeiro momento quando a pessoa imita quase que automaticamente as expressões faciais e os gestos de outros; e, concomitantemente, ela é suscetível ao contágio emocional do outro: "*o estado emocional de outra pessoa invade você, por assim dizer, estabelece uma emoção responsiva dentro de você*" (p. 60).

Paciente e terapeuta viverão uma experiência compartilhada que favorece uma aproximação, que " *não é semelhante a qualquer outra experiência interpessoal. Você parece sentir e acompanhar vagamente a vida mental do outro*" (p. 60).

Nesse vínculo desencadeiam-se um contágio da excitação e uma vitalidade, coloca-se em andamento um processo no qual, algumas vezes, pode ocorrer um ligeiro descompasso que desencadeia uma reação. Ao permanecerem fora de sincronização, paciente e terapeuta "incitam um ao outro" a um jogo de desvelamento, de revezamento, de interação social. Nessa experiência, abre-se a possibilidade de o paciente pensar em termos de si mesmo, tomando iniciativa para atingir um objetivo; e no interjogo desse relacionamento poderá construir uma noção de si como autor de suas próprias ações e de suas ações, com conseqüências previsíveis. Sente-se como agente numa cadeia causal de eventos. Ele experimenta repetidas vezes ações e tem respostas: o desejo, a ação, a execução, o objetivo — tudo isso acontecendo simultaneamente, no vínculo, forma momentos de criação mútua. Esses jogos de interação são a essência da convivência, do estar com outra pessoa. O vínculo terapeuta-paciente é um intenso convite para um envolvimento mais vigoroso com os outros e com o mundo.

A ação do terapeuta no campo vincular é intuitiva, ele trabalha maneando a intensidade dos estímulos, ajustando o pulso na possibilidade do paciente, ajustando o próprio comportamento e suas atitudes. Ele age em constante *feedback*, e com isso saberá o que fazer e quando, facilitando os investimentos do paciente no mundo, sem forçá-los. Nesse processo, o terapeuta inevitavelmente cometerá erros, necessários e potencialmente de grande valor, pois ajudam o paciente no desenvolvimento de seus próprios modos de lidar com uma variedade de experiências e pessoas. Terapeutas e pacientes têm a possibilidade de cuidar bastante bem da situação e, no processo, de novamente estarem prontos para uma nova interação.

O trabalho vincular da relação terapeuta-paciente deverá abrir para uma maturação vincular. É por meio dos diferentes vínculos que o impulso de apego amadurece. O *attachment* maturado (instinto de apego) produz a capacidade de ir muito longe, de criar e transitar em vários territórios, de produzir vários vínculos no mundo. São situações que exigem tempo, ritmo, ações passo a passo.⁹

Nas narrativas vinculares, são exercitados muitos graus entre o apegar-se e o desapegar-se. E, nesse contexto, os terapeutas buscarão atualizar o trabalho terapêutico ao que interessa ao paciente hoje. É no vínculo que essas possibilidades se reatualizam e se complexificam. Afinar e refinar a existência, possibilitar o amadurecimento vincular, criar distinções/aprofundar, favorecer experiências de aproximação e intimidade, ampliar os espaços de liberdade — fundamentalmente, proporcionar relações consigo mesmo, com o outro e com o ambiente em que se vive são aspectos que constituem e definem o trabalho vincular no campo da terapia ocupacional.

HOLDING E CONTINÊNCIA

No decorrer do processo de vinculação, as funções de *holding* e continência são importantes funções de amparo e de sustentação exercidas pelos terapeutas e também por muitas outras pessoas no mundo e que se referem ao apoio por meio de uma presença, de um estar junto, de uma sustentação física e emocional que uma relação vincular pode oferecer.

O *holding* (ou sustentação) é tudo que, no ambiente, fornecerá a uma pessoa a experiência de continuidade, de constância tanto física quanto psíquica, que, exercida continuamente, possibilitará uma integração interna facilitadora da compreensão dos acontecimentos vividos.⁵ A proximidade dos dois corpos, mas, fundamentalmente, a presença de um corpo atento, de um corpo habitado, um corpo que carrega a história do próprio vínculo, produz uma experiência integradora, pois nesse sentido o sujeito está sendo acompanhado por um corpo vivo, potencializado e simbólico (simbolizado e simbolizante), e não somente por matéria física. No desenvolvimento dessa relação, a presença física e psíquica ganha uma tonicidade afetiva, dada a possibilidade de o terapeuta estar em contato com o paciente numa atitude empática, que se refere à estabilidade e à constância nas atitudes do terapeuta, e à sua possibilidade de se manter atento às necessidades dos pacientes ao longo do tempo.⁵

A presença de outro ser humano acompanhando as experiências de alguém faz com que marcas sensoriais sofram um processo de humanização, proporcionando à experiência uma compreensão e um pertencimento cultural. Essa continuidade proporcionada pelo *holding* (ou pela sustentação) é dada pelo respeito ao ritmo, pela não-interferência na ação do sujeito num primeiro momento e posteriormente auxiliando-o a agir naquilo a que seu desejo ou sua necessidade o levarem. Isso aponta para a possibilidade de o paciente encontrar-se e integrar-se no tempo. A possibilidade de o terapeuta estar com o paciente ao longo do acontecimento favorece a integração da sua experiência e dá continuidade ao seu processo vital. A constância da sustentação fornece ao indivíduo a confiança na realidade e nos contatos humanos.⁵

Simultaneamente, o terapeuta exercerá também a função da continência. Ela é a capacidade — de um terapeuta, de um familiar ou de qualquer pessoa — de transformar pela imaginação as experiências de um sujeito.

“O homem precisa intermediar suas experiências — afetivas, pulsionais, existenciais e outras — do contrário, estas experiências podem ser disruptivas, pois o sujeito passa a viver o horror de não mais sentir um impulso, mas ser este impulso”⁵ (p. 71).

A função de continência é exercida pela capacidade de transformar pela imaginação as experiências de um sujeito. Ela consiste na capacidade de nomear ou encontrar imagens para as experiências e sentimentos que o habitam, mas cujas formas de expressão não são encontradas. Essa função exercida pelo terapeuta na relação com o paciente será gradualmente exercida pelo próprio indivíduo à medida que a sua capacidade para pensar e lidar com suas experiências é colocada em marcha.

SETTING TERAPÊUTICO

Na clínica da terapia ocupacional, muito já foi trabalhado sobre essa idéia e noção — partindo de uma prática que buscou nos modelos psicológicos a estruturação do *setting*, com enquadramentos claros e definidos (por exemplo: locais de atendimento e horários rigorosamente definidos, atitude dos terapeutas, contratos rígidos etc.) que apoiavam e davam garantias aos terapeutas, mesmo que aparentemente, proporcionando definições mais precisas de seu trabalho. Mas no decorrer da construção e progressão da profissão o terapeuta se depara com a necessidade de uma “elasticidade técnica”¹⁰ (p. 35).

É vivido um período no qual as propostas de tratamento e de cuidado com o outro ganham dimensões muito próximas do dia-a-dia. Considerando-se as potencialidades das atividades, vivências e necessidades do sujeito, na contemporaneidade é preciso pensar num *setting* flexível — que se movimenta, se transforme e possa ganhar novas formas e contornos, com elasticidade e plasticidade, nas múltiplas ações constituintes da profissão: ações individualizadas, grupais, territoriais, domiciliares, sociais e culturais.

O *setting terapêutico*, no campo da terapia ocupacional, se distanciará do modelo construído pela psicologia e consistirá, atualmente, em uma adaptabilidade às demandas do campo assistencial, às propostas de atendimento, será formatado nos contratos que se flexibilizam de acordo com as prioridades clínicas e/ou sociais do paciente. Poderá também ser compreendido como a apropriação que o terapeuta ocupacional faz de um lugar existencial, corporal e conceitual, para *atender e acolher* o outro, e de todas as formas vinculares — de presença, ações e linguagem — que atraírem os atendimentos. Na sua expressão, se configura como contratos de trabalho que se estabelecem e que se flexibilizam, sendo alterados no decorrer das necessidades que emergem no processo terapêutico. Horários e locais são definidos conjuntamente e de comum acordo, e nele terapeutas ocupacionais comprometem-se a comparecer pontualmente. O tempo dos encontros é previamente acordado, e alguns trabalhos/atividades necessitam de um tempo suficientemente expandido para que possam ser realizados. Nesses períodos os terapeutas ocupacionais estarão escutando e acompanhando os pacientes atentamente. O número de encontros na semana poderá variar de acordo com as demandas e necessidades dos pacientes e de acordo com o projeto terapêutico desenvolvido para cada pessoa ou grupo. Como os objetivos dos atendimentos de terapia ocupacional relacionam-se à construção de projetos singulares no campo da ação humana, estes podem variar no decorrer da realização dos atendimentos, e serão também acordados mutuamente a cada etapa do processo terapêutico. Os atendimentos serão realizados em diferentes locais ou territórios onde transcorrerá a vida ou o projeto de vida de cada paciente.

Assim, no *setting* terapêutico, na clínica contemporânea da terapia ocupacional, áreas da vida dos sujeitos somam-se, agrupam-se, sobrepõem-se e transformam-se, numa plasticidade constante. O corpo e sua funcionalidade, cuidados pessoais, necessidades expressas e identificadas, a produção de sentido e significado para as ações e atividades, as diversas formas de vida criativa e produtiva, a organização do cotidiano e os cuidados dos tempos e dos espaços, a circulação no território, a autonomia, a inclusão sociocultural, a convivência e a idéia de potencialização de redes, enfim, toda uma variabilidade de ações e de criações no mundo e de organização da vida participam nessa composição.³

PROCESSO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL: NOÇÕES DE TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Os processos terapêuticos ocupacionais buscam situar as práticas da terapia ocupacional no enfoque da complexidade, afirmando-as como um lugar de vida, abertas ao potencial inerente da vida em cada pessoa e às forças da criação. O processo terapêutico ocupacional se constituirá a partir da relação terapeuta-paciente, e momentos decisivos de transformações vitais se originarão e ganharão forma a partir dessa relação.

Para que as funções apresentadas e desenvolvidas na relação terapeuta-paciente sejam possíveis, o terapeuta não deve usar seu paciente para realizar identificações projetivas ou satisfazer os seus próprios desejos reprimidos.¹⁰

Acompanhar o paciente para que ele possa se interessar por alguns afazeres, experimentá-los, desenvolvê-los (repetir e aprimorar a experiência), e, então, decidir se quer continuar ou não essas ações, constitui em si um conjunto de experiências integradoras e constitutivas dos sujeitos, na medida em que estes vivem com um processo com um começo, um meio e um fim. O ambiente deve ser trabalhado de modo a respeitar e cuidar do ritmo do paciente até o surgimento de um gesto espontâneo, ou seja, um movimento que parta do paciente e que não seja determinado pelo meio ambiente. O terapeuta é inicialmente um objeto subjetivo que será usado gradualmente pelo paciente através do processo transferencial como objeto de seus impulsos.⁵

A transferência acontece através dos "sentimentos efêtuos, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificados em relações reais e que, pelas suas particularidades, devem provir de antigas fantasias tornadas inconscientes"¹¹ (p. 48). O paciente revive na relação terapeuta-paciente trechos da sua vida sentimental cuja lembrança não pode evocar.¹¹

"Os sintomas, para usar uma comparação química, são os precipitados de anteriores eventos amorosos (no mais amplo sentido) que só na elevada temperatura da transferência podem dissolver-se e transformar-se em outros produtos psíquicos"¹¹ (p. 48).

O terapeuta desempenha nessa reação o papel de "fermento catalítico que atrai para si temporariamente a energia afetiva aos poucos libertada durante o processo"¹¹ (p. 48).

A transferência não é um fenômeno produzido apenas na relação terapeuta-paciente, ela surge espontaneamente em todas as relações humanas; mas nessa relação é, em geral, o verdadeiro

veículo da ação terapêutica, agindo tanto mais fortemente quanto menos se pensa em sua existência. É só na experiência clínica que os terapeutas saberão realmente manejar esse processo.

No decorrer do século XX, a psicanálise muito trabalhou no desenvolvimento desse conceito, que assumiu para numerosos autores uma extensão e grande importância. Ela apresenta uma série de problemas que são objeto de debates clínicos, criando uma larga movimentação conceitual para a compreensão do material psíquico transferido.¹²

Para a psicanálise, a fim de que o processo terapêutico transcorra de forma a favorecer mudanças vitais no núcleo interior do paciente, o terapeuta precisará responder ao paciente segundo os movimentos psíquicos apresentados por ele no decorrer dos atendimentos que se manifestam na relação terapeuta-paciente.

Na clínica da terapia ocupacional, compartilha-se desse movimento quando são aprofundados os estudos da relação interpsicossocial que ocorre entre os pacientes e os terapeutas ocupacionais, ou quando é compreendido que no processo terapêutico ocupacional surge necessidade de fornecer um lugar em que os conflitos intra-subjetivos possam se manifestar. Por outro lado, é preciso pensar que no processo terapêutico ocupacional muitas necessidades reais que ficaram desatendidas no passado do paciente precisam ser percebidas, assinaladas e atendidas pelo terapeuta. Fazer intervenções que dêem elementos ao paciente e substituir os modos do passado pelas necessidades do presente correspondem a momentos potencializadores de mudanças no processo terapêutico ocupacional. Essas são cenas frequentes nesse campo, expressas nas seguintes ações: possibilitar ou refazer experiências, agenciar ação e criação no mundo, auxiliar a completar entendimentos, clarear processos, sustentar a formulação dos desejos, gerar demandas, construir redes de existência.

A transferência pode ser descrita com simplicidade como a experiência emocional que não amadureceu e, em geral, é atualizada ou reprimida, como uma vivência ilusória.¹⁰ No processo terapêutico, compartilhado pelo paciente e pelo analista, a transferência pode evoluir para uma relação real, ganhando capacidade de simbolizar e elaborar. Nesse sentido, a transferência não é vista apenas como mera repetição do passado, mas também como incessante busca de um novo objeto que possa auxiliar no desenvolvimento do eu (*self*).¹⁰

Na terapia ocupacional, a atenção do terapeuta estará em parte investida nos movimentos psíquicos, no desenvolvimento mental, mas, por outro lado, no acompanhamento da realização das atividades e na construção dos projetos singulares o terapeuta também acompanhará um processo educativo e socializante que estará a serviço da sobrevivência, da produtividade e dos valores culturais. De forma ampla, o terapeuta ocupacional precisará dispor de recursos teórico-conceituais para trabalhar na relação terapeuta-paciente desfazendo obstáculos e estabelecendo condições para as integrações singulares e as mudanças necessárias, facilitando aos pacientes a ampliação da consciência de si, sua capacidade de simbolizar e de pensar as experiências de vida, permitindo-lhes entrar em contato com suas necessidades reprimidas e aprender a atendê-las ou a manejá-las com a ajuda do terapeuta. Entende-se que o trabalho com a transferência é importante, pois a realização do ser humano não depende apenas de seu preparo para a sobrevivência e a participação social, mas depende também de seu desenvolvimento pessoal, e este é função da sua realidade psíquica e da integração consigo mesmo.

Num aspecto complementar à transferência, a idéia de contra-transferência indica o conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente. Ao falar da pessoa do terapeuta, Freud formulou a exigência de que o analista reconheça e domine em si essa contratransferência, formulando a necessidade de uma atividade de auto-análise aprofundada continuamente à medida que se intensificam suas experiências clínicas. O problema da contratransferência é um dos mais difíceis da técnica psicanalítica, pois o analista deverá reconhecer e ultrapassar sua contratransferência para que possa estar livre no trabalho psicoterapêutico. O artificialismo da relação analítica desenvolve a idéia da análise mútua, que seria um processo durante o qual o analista fornece ao paciente os elementos constitutivos de sua contratransferência; à medida que eles vão surgindo, o paciente se liberta da opressão ligada à relação transferencial.¹⁰ O debate sobre a contratransferência envolveu Winnicott, Khan, Balint, entre outros, e a partir da segunda Guerra Mundial ela foi redefinida como o conjunto das reações e sentimentos que o analista experimenta em relação a seu paciente.¹³

A contratransferência é a resposta emocional do analista aos estímulos que provêm do paciente. A contratransferência é o resultado da influência do analisando sobre o inconsciente do analista.¹⁰ Para o campo da terapia ocupacional, a importância da contratransferência está na necessidade do profissional de passar por um trabalho de auto-análise, o que o auxiliará na compreensão dos sentidos desses conteúdos e tornar-se-á instrumento útil para o trabalho clínico e a compreensão do que se passa no vínculo terapeuta-paciente. O essencial parece ser que o terapeuta ocupacional observe suas vivências e contratransferências e as analise, para compreender mais amplamente seus pacientes.

A observação da transferência e da contratransferência fornece uma visão ampla do que ocorre entre o par terapeuta-paciente. O processo terapêutico ocupacional se estabelecerá na somatória dos encontros, e nele o espaço potencial é o lugar em que ocorrerá uma comunicação significativa e transformadora, de acordo com a habilidade e com os procedimentos que favorecerão a expressão de aspectos do mundo do paciente e sua elaboração criativa.

As crises, sintomas e/ou paralisações no desenvolvimento apontam para dimensões da existência humana ainda pouco ou nada simbolizadas. Em cada indivíduo existem dimensões mais simbolizadas que outras e até mesmo áreas do *self* em que a sua história de vida não foi passível de simbolização. Pode-se dizer que uma das funções do terapeuta é suprir uma ou várias falhas ambientais; isso leva a atenção ao fato de que todos possuem áreas em que falta uma experiência com outro ser humano que pudesse simbolizar uma determinada questão existencial. Contudo, não se pode afirmar que todas as falhas podem ser remediadas, pois em certas dimensões as seqüelas podem ser irreparáveis.

Na terapia ocupacional, procura-se oferecer ao sujeito experiências que possam suprir determinadas fendas na experiência de estar vivo e que podem ser decorrentes de inúmeros fatores. Esse amplo exercício de leitura e compreensão de passagens clínicas revela as estratégias arrojadas de manejo clínico que as práticas da terapia ocupacional muitas vezes exigem e a grande sensibilidade clínica e humana presentes nessas funções. O término do processo terapêutico ocupacional é realizado de comum acordo entre pacientes e terapeutas, quando se considera que os objetivos do trabalho foram alcançados e que o paciente pode dar prosseguimento em

seu processo de continuidade existencial no mundo de forma independente, com autonomia, com mais liberdade, participando de redes que agenciam sua vida, suas diferenças e singularidades.

PASSAGENS ÉTICAS

Nas composições compartilhadas por pacientes e terapeutas, a adoção e construção de uma postura ética atravessam todos os momentos do encontro dessa dupla e podem ser compreendidas como "uma abertura para a passagem, para o acontecimento, no encontro com as singularidades que emergem da população que atendemos"¹⁴ (p. 39).

A ética que se menciona é uma construção artesanal que abre possibilidades para permitir ao paciente experimentar a "intermitência de seu sofrimento" (p. 30) numa clínica que produza trocas entre os pacientes, enquanto estão sofrendo, com outras pessoas.¹²

Ao compreender os sujeitos em constituição, ou em processo, formando-se nos acontecimentos que o constituem ao longo de sua existência, configura-se um território potente de resistência cotidiana para os enfrentamentos propostos nas práticas terapêuticas ocupacionais. Um ambiente compartilhado de pequenas transformações cotidianas potencializa ações, e diz sobre uma fundamental conexão contra um sistema de dominação e exclusão sustentado por antigas concepções totalizantes.

É essa ética que atravessará a relação terapeuta-paciente, num exercício cotidiano de construção do novo. Não se trata de uma conduta pré-dada, pois tal tarefa relaciona-se com o trabalho constante de distinguir complexos problemas antigos e também contemporâneos da relação entre dominantes e dominados. O respeito à vida e às relações aparece como questões de sobrevivência individual e coletiva. A diversidade dos modos de existência dos seres marca as diferenças e as múltiplas possibilidades de composições singulares, que não precisam "dominar ou ser dominados para adquirirem importância e força"¹² (p. 95).

A relação terapeuta-paciente na contemporaneidade precisa ser cuidada para não ser inscrita nas relações de dominação, não reprodutir com o paciente um funcionamento no qual este se situe como objeto dessa relação. Sem excluir as forças e as diferenças entre os sujeitos em contato, essa relação procurará manter ambos os sujeitos como agentes de uma composição formativa com os acontecimentos, com diferenças, promovendo um mútuo fortalecimento das vidas em conexão.

O terapeuta ocupacional participa plenamente dessa transformação cultural que se processa atualmente no mundo humano, constituindo criticamente um novo papel profissional. Os profissionais passam a atuar como interlocutores da população atendida, adquirindo um papel fundamental no cuidado e na afirmação da vida dessas pessoas, engendrando com os pacientes possibilidades de ação e criação no mundo contemporâneo.

Trata-se de relacionar forças, ampliar as ressonâncias, realçar do ao mesmo tempo o indivíduo e o coletivo, o humano e o não-humano, não para os colocar acima da vida, mas dentro dela; estar atento ao fluxo das coisas e ao potencial de cada acontecimento. As condutas éticas são criadas junto à habilidade de agir, de ser ação no mundo, de realizar conexões com o mundo e com a vida sem degradá-la e sem degradar a condição humana.⁷

Escrever sobre as condutas éticas na relação terapeuta-paciente pressupõe um cultivo cotidiano dessas novas orientações éticas, atualizadas cotidianamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos e as reflexões apresentados sobre a relação terapeuta-paciente estabelecem um vasto campo ainda não esgotado. Na terapia ocupacional, a diversidade de experiências está presente. Muitas vezes vivem-se com os pacientes momentos de profunda beleza, outras vezes atravessam-se situações aterradoras e catastróficas que também fazem parte da vida diária do terapeuta. Para atuar nessa complexa rede de acontecimentos, solicitações e necessidades, é preciso entender a terapia ocupacional como um campo do saber e de produção do conhecimento, reunir e discutir práticas e identificar nas buscas profissionais sinais norteadores para o desenvolvimento da profissão. O momento atual exige uma formação e reflexão crítica dos terapeutas ocupacionais, capacitando-os para além da atividade específica para a qual foram preparados, somando caminhos e conferindo à própria profissão uma ampliação com novas configurações para o entendimento da saúde e uma renovação constante, com o surgimento permanente de novas figuras e formas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basaglia F. Basaglia Scritti II 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. 1ª ed. italiana. Torino: Einaudi Paperbacks, 1982, 485 p.
2. Sant'ana DB. Corpos de passagem. Ensaio sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001, 127 p.
3. De Carlo MMP, Luzo MC. (orgs.). Terapia Ocupacional. Reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004, 323 p.
4. Derriba J. Adeus a Emmanuel Lévinas. Tradução Fábio Landa. São Paulo: Perspectiva, Coleção Debates, 2004, 14-3p.
5. Barreto KD. Ética e técnica no acompanhamento terapêutico. Andanças de Dom Quixote e Sancho Pança. 2ª ed. São Paulo: Unimarco, 2000, 210 p.
6. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975, 203 p.
7. Neistadt ME, Crepeau EB. Willard Spackman. Terapia Ocupacional. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 859 p.
8. Stern DN. Diário de um bebê. O que seu filho vê, sente e vivencia. Tradução Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991, 135 p.
9. Bolwby J. Apego e perda. Apego. Tradução Valtensir Dutra, 1ª ed. bras. São Paulo: Martins Fontes, 1985, 486 p.
10. Safra G. Momentos mutativos em Psicanálise. Uma visão Winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995, 213 p.
11. Freud S. Obras completas. Vol. IX. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1970, 252 p.
12. Sarraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Tradução Lucia Helena Zanetta, Maria do Carmo Rodrigues Zanetta, Williams Valentini. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Te Corá Ed e Instituto Franco Basaglia, 2001, 178 p.
13. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1998.
14. Inforsato EA. Clínica Barroca. Exercícios de simpatia e feitiçaria. 2005. 169 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). PUC, São Paulo, 2005.