

capítulo 9

Intervenção de terapia ocupacional em saúde mental com crianças em sofrimento psíquico: reflexões a partir do referencial teórico psicodinâmico

Valquíria Ferreira Josué

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já têm a forma do corpo, e esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia: e se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

(Fernando Teixeira de Andrade)

Os processos de desenvolvimento que envolvem a saúde e o adoecimento psíquico de crianças estão intimamente relacionados a múltiplos fatores: genética, hereditariedade, psique individual, cuidados recebidos dos pais ou cuidadores principais desde o início da vida, as conexões sociais e relacionais no entorno da criança (escola, participação social e lazer). Cada um desses fatores, entrelaçados, podem favorecer, positiva ou negativamente, uma condição saudável ou uma situação de agravo à saúde mental. O terapeuta ocupacional precisa estar ciente de todos eles.

Winnicott (29) alerta que não é um sintoma ou outro que sinalizará a existência de um transtorno mental ou se constituirá em um impedimento para a criança se tornar um adulto integral. O importante é que essa criança continue a brincar,

tanto sozinha quanto com outras pessoas; quando essa criança não é capaz de brincar, considera-se um agravo maior à sua saúde psíquica, que afeta, conseqüentemente, seu desempenho em ocupações e participação social.

Para tanto, é prioritário olhar a criança como pessoa, possuidora de todas as emoções e sentimentos (29), embora suas manifestações e seus processos, ainda em construção, sejam pouco claros para ela. Tais características tornam o trabalho com crianças delicado, pois o terapeuta ocupacional a ajudará num processo de conscientização de si, de seu mundo interno e das pessoas à sua volta.

Nesse panorama, pretendo, neste capítulo, apresentar contribuições para o desenvolvimento de um trabalho como terapeuta ocupacional na clínica da infância em saúde mental, a partir dos referenciais

teóricos da terapia ocupacional psicodinâmica (11, 12, 14, 21, 26) e do brincar (29-31). Intento clarificar, a partir de tais referenciais, o processo de construção do raciocínio clínico, os procedimentos de avaliação e análise, mas, principalmente, expor sobre como essa base teórica, da terapia ocupacional psicodinâmica, auxilia no exercício de pensar a respeito da atividade / atividades / brincar nas sessões de terapia ocupacional com crianças.

Objetivo, com este capítulo, portanto, indicar um caminho possível a partir dos subsídios teóricos que têm sustentado minha prática clínica, como Donald Woods Winnicott, pediatra e psicanalista inglês (29-31), Rui Chamone Jorge, terapeuta ocupacional (12, 13), Nise da Silveira, psiquiatra, analista junguiana e estudiosa da terapêutica ocupacional (24, 25) e Carl Gustav Jung, médico e precursor da psicologia analítica (15), e, dessa forma, auxiliar aqueles que intentam conhecer o trabalho do terapeuta ocupacional com crianças no âmbito da saúde mental, bem como contribuir para ampliar as reflexões sobre a clínica da terapia ocupacional em saúde mental orientada aos cuidados da criança em sofrimento psíquico.

No campo da saúde mental, identifico como eixo comum o debate centrado sobre a ação cotidiana do homem e sua participação social e histórica. A terapia ocupacional, como área de conhecimento e prática de saúde, interessa-se pelos problemas do homem em sua vida de atividades. Em outras palavras, considera as atividades humanas como o produto e o meio de construção do próprio homem e busca entender as relações que esse homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde (19).

Assim, a criança, também envolta em ocupações repletas de significações singulares, estrutura e organiza suas experiências subjetivas e objetivas, estando sujeita a traumas, interrupções, desacelerações ou retrocessos na progressão do desenvolvimento esperado (4).

Para Di Loreto (8), sua experiência clínica mostrou que "só variavam os aspectos subjetivos, a forma pessoal de cada um sofrer", pois, uma criança, durante seus anos de crescimento e de adaptação ao mundo, passa por muitos períodos oscilantes e de comoções emocionais que precisa aprender a administrar para viver dentro do que é esperado em cada fase do desenvolvimento. Ela precisa ir aos poucos se separando de sua mãe, em etapas sucessivas, como o desmame, o primeiro dia

na escola, os novos amigos, as mudanças de casa, o ganho e a perda de seu animal de estimação. E a criança vai reagindo a tudo isso e absorvendo da maneira como consegue em cada etapa do desenvolvimento: ela chora, esperneia, faz birras, emudece, protesta, dialoga, mas, prioritariamente, ela brinca. E, brincando, ela se revela, domina angústias, elabora ideias, apreende sobre si e o mundo a sua volta (29), desenvolvendo-se subjetivamente. Brincar é fazer. E fazer, em terapia ocupacional, é envolver-se satisfatoriamente em atividades e ocupações a partir de sua escolha e motivação.

Neste capítulo, a partir do relato de um caso clínico selecionado que ilustra minha compreensão sobre um atendimento de terapia ocupacional, direcionado para a observação dos processos de desenvolvimento emocional da criança e seus reflexos na maneira como desempenha suas ocupações, sobre esse fazer que pertence ao tempo e ao espaço do *setting* de terapia ocupacional, e a relação construída entre todos esses elementos (terapeuta-paciente-atividade) fomentada pelo referencial psicodinâmico e do brincar.

A CONSTRUÇÃO DE UM EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO NA PRÁTICA CLÍNICA A PARTIR DE REFLEXÕES DO REFERENCIAL PSICODINÂMICO

O raciocínio clínico é o processo de pensar, analisar, direcionar os processos de intervenção na área da saúde e objetiva, de acordo com Rogers apud Mancini et al. (17), "[...] organizar as ações terapêuticas de tal forma a atender adequadamente aos interesses ou demandas de determinado cliente".

O exercício do raciocínio clínico envolve pensamento crítico elaborado a partir de processos afetivos, cognitivos e o desenvolvimento de determinadas habilidades e atitudes por parte do terapeuta ocupacional, a escolha de uma abordagem ou referencial teórico norteador da análise e da aplicação prática e conhecimentos específicos referentes à especialidade, campo de atuação e da ética aplicada à terapia ocupacional (7) desvelando, assim, a especificidade da atuação do terapeuta ocupacional.

No âmbito da atenção às crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, o raciocínio clínico visa a integrar não apenas o cliente com suas demandas

e seus interesses, mas também sua família e outras pessoas e espaços frequentados por eles, constituindo-se como premissa de toda a prática do terapeuta ocupacional.

Como a própria criança é um sujeito em desenvolvimento, não finalizado em seu processo de aprendizado, é desejável que o terapeuta ocupacional pressuponha características dinâmicas na elaboração do raciocínio clínico, ou seja, é preciso considerar, durante sua elaboração inicial, a possibilidade de reajustes à medida que o processo de intervenção progride. O que permanece é a estrutura adotada a partir da abordagem ou do referencial utilizado pelo terapeuta ocupacional, pois reflete a maneira como o terapeuta ocupacional pensa criticamente, planeja e analisa sua prática, enquanto o plano de intervenção e a sua aplicação podem sofrer modificações no que tange aos objetivos inicialmente delineados, às escolhas de ações (direta e/ou indiretamente com o cliente) e às atividades desenvolvidas e/ou materiais escolhidos (17).

Todo o processo de pensamento em relação à clínica, seus procedimentos (avaliação, intervenção e alta), parte da ideia de que é necessário um aporte teórico que sustente tal prática.

A escolha dos referenciais teóricos pelo terapeuta ocupacional está em consonância com seu modo particular de pensar sobre si mesmo e sobre a Terapia Ocupacional, e revela uma maneira, um caminho para conhecer seu objeto de estudo (9), ou seja, o homem, suas ações e a inter-relação entre esses elementos contextualizados histórica e culturalmente num tempo e num lugar. Faria (9) destaca que o elemento atividade sempre foi uma constante nos processos de intervenção de terapeutas ocupacionais, mas, de acordo com o referencial teórico utilizado pelo profissional, o método de análise e o seu uso é que o diferenciará.

Como terapeuta ocupacional, sempre busquei subsídios teóricos que agregassem meu conhecimento em terapia ocupacional e saúde mental, aprimorando, assim, a construção de um eixo teórico-metodológico que não apenas fornecesse apoio à minha atuação profissional, mas que também viesse ao encontro dos meus pensamentos e questionamentos sobre a natureza psíquica do homem, a dinâmica da relação estabelecida, o afeto dispensado pelo terapeuta ocupacional, os elementos (subjetivos e objetivos) que se fazem presentes no

setting terapêutico, o simbolismo desvelado em cada ação e produção (atividade) da dupla terapeuta-paciente, a necessidade de potencializar o indivíduo-cliente em ativo e partícipe de sua evolução e de suas ocupações cotidianas e, principalmente, no interesse em apreender o que é próprio da ação do terapeuta ocupacional: a análise e a intervenção caracterizadas pelo fazer.

Encontrei caminhos que me auxiliam a refletir a terapia ocupacional e a atuar como terapeuta ocupacional, a partir de teorias e técnicas do referencial psicodinâmico. Apesar de terem, ao longo dos anos, recebido inúmeras releituras conceituais, terminologias como a dinâmica da relação terapeuta-paciente-atividade, o *setting* e os elementos subjetivos e objetivos que compõem o processo de terapia ocupacional se mantêm atuais (26).

Historicamente, o referencial psicodinâmico e esses conceitos surgiram nos Estados Unidos com Gail Fidler e Jay Fidler, que desenvolveram um modelo de trabalho alicerçado na psicanálise freudiana (18), definindo “[...] a terapia ocupacional como um processo de comunicação que se estabelece na relação terapeuta-paciente-atividade”. Para eles, “A ação torna-se mais reveladora do inconsciente do que a palavra, ganhando a atividade toda uma dimensão de expressividade e simbolismo” (21), no qual se observa a valorização da comunicação por meio das atividades, num nível não verbal, objetivando a expressão inconsciente de sentimentos, idealizações e pensamentos projetados nas atividades.

Em síntese, três elementos são indicativos da influência do pensamento psicodinâmico para a terapia ocupacional: a forma como compreende o sujeito em sofrimento psíquico e sua expressão inconsciente revelada na ação do sujeito (21), a valorização da relação construída pela existência de uma relação transferencial (10) e da ação (o fazer) realizada nesse processo terapêutico, a qual possibilita ao indivíduo, “[...] segundo sua intenção, vontade e com liberdade” (12) realizar com o terapeuta ocupacional algo repleto de significado e particularidades que possibilitará “[...] dar formas às desordens internas vividas” (21).

A necessidade de compreensão intrínseca do processo de terapia ocupacional e o seu campo relacional, composto pelo terapeuta ocupacional, o cliente e o envolver-se em atividades, encontram-

se fundamentados nas teorias e métodos do terapeuta ocupacional Rui Chamone Jorge (12, 13), da psiquiatra Nise da Silveira (24, 25) e, a partir dela, Carl G. Jung (15). Donald W. Winnicott (29-31) fornece a compreensão necessária dos aspectos dinâmicos da criança e da relação mãe-bebê, juntamente com outras correntes desenvolvimentistas que priorizam os aspectos neuromotores, cognitivos e sociais, por exemplo, concedendo uma visão integrada do desenvolvimento infantil.

Nesse cenário, a ação do terapeuta ocupacional no âmbito da saúde mental, numa livre interpretação estruturada teórica e clinicamente, com foco no objeto central deste capítulo, que é a criança, é olhar o sujeito-criança para além dos problemas observáveis, do comportamento manifesto que o trouxe (e sua família) a uma consulta. A observação cuidadosa inicia a partir da percepção de sofrimento, de uma dor emocional, que está invisível, implícito, inconsciente.

A modernidade buscou esquadriñar o olho e as coisas visíveis, com o intuito de excluir da experiência perceptiva tudo o que fosse da ordem do invisível, separando aquilo que é objetivo e que pertence à realidade daquilo que é da ordem da subjetividade e que pertence àquele que olha (16).

E o olhar não se limita a ver o visível. Ele interroga, pesquisa, penetra e interfere nas coisas e em seus movimentos. O olhar cria sentido para aquilo sobre o qual se debruça e devolve este sentido. (16).

É esse sofrimento que o terapeuta ocupacional avaliará a partir de como é seu envolvimento em suas ocupações cotidianas, questionando e observando suas escolhas, o modo como faz ou como escolhe realizá-las, ou o porquê de realizá-las de uma determinada maneira, num determinado tempo e espaço, quais as relações que estabelece com suas atividades, ocupações e com as pessoas à sua volta.

O terapeuta ocupacional que atua sob essa perspectiva, da saúde mental e da psicodinâmica, tem a observação, a relação transferencial e o exercício da maternagem (31) como elementos primordiais. É preciso sensibilidade para detectar como está seu cliente no momento e oferecer ambiente acolhedor e escuta atenta para que possa manifestar-se (6). Tais elementos, aliados ao raciocínio clínico do terapeuta ocupacional, são imprescindíveis

para que a sua abordagem, em sua fala, postura e propostas sobre o fazer e a própria dinâmica da sessão, aconteça no sentido de favorecer o aparecimento de emoções, ações, pensamentos e sintomas, a fim de serem compreendidos e elaborados pelo cliente e terapeuta ocupacional, gerando transformações.

É a presença física e psíquica do terapeuta ocupacional (6) que, acompanhando cada gesto, fala e experiência do cliente na manipulação do material, reconhece o momento em que pode ou necessita interferir para apontar observações e sugestões, como também reconhece os momentos em que o silêncio é necessário para o contato do cliente com ele próprio, com seu mundo interno e com suas elaborações subjetivo-objetivas favorecidas pelo manuseio e criação de objetos concretos (12, 13) e pelo ato de brincar (31).

É papel do terapeuta ocupacional, portanto, ao identificar o influxo mútuo que há entre consciente e inconsciente (12, 24), oferecer uma sustentação (*holding*) à continuidade de ser que a criança experimenta naquele momento, potencializada pela relação terapeuta-paciente-atividade, num *setting* protegido, objetivando a capacidade da criança de expansão dessa vivência para outros contextos e ambientes da vida dela.

Essa atitude por parte do terapeuta ocupacional, chamada *holding*, termo cunhado por Winnicott (30), guarda relação com a capacidade da mãe suficientemente boa de se identificar com seu bebê e oferecer provisão ambiental tanto física quanto psíquica.

Não há dúvida de que as experiências instintivas contribuem imensamente ao processo de integração, mas é necessário também, a todo momento, um ambiente suficientemente bom, uma pessoa que dê *holding* à criança adaptando-se suficientemente bem às suas necessidades mutáveis. (30).

Ao terapeuta ocupacional compete não apenas a elucidação do sintoma e o favorecimento para maior consciência de si mesmo pela criança, mas também auxiliar no desenvolvimento de capacidades da criança, por meio de processos criativos e espontâneos, a própria ação do brincar, como afirma Winnicott (31): "Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o

paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é."

O processo de terapia ocupacional, portanto, visa a amplificar, pela relação terapêutica, a contínua evolução de sua subjetividade, consciência de si e criatividade "[...] através do brincar, e suas narrativas, buscando auxiliar no desenvolvimento do brincar simbólico (re) significando suas ações cotidianas" (14) e, conseqüentemente, o alívio de seu sofrimento psíquico.

Um esclarecimento que se faz necessário a partir deste momento diz respeito ao uso dos termos ocupação e atividade. No documento Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo (4), "[...] a terapia ocupacional é definida como o uso terapêutico de atividades diárias (ocupações) em indivíduos ou grupos [...]", sugerindo que os termos ocupações e atividades possam ser intercambiáveis.

No Brasil há um debate importante no que se refere aos conceitos e uso dos termos ocupação e atividade por parte dos terapeutas ocupacionais. Salles e Matsukura (23) apontam que o termo ocupação é usado principalmente na literatura de Língua inglesa, enquanto no Brasil, devido à associação do termo ocupação à sua realização sem significado para o indivíduo e descontextualizada de sua história sociocultural (herança do processo de institucionalização e do Tratamento Moral), bem como à influência dos conceitos psicanalíticos (relação triádica), a literatura brasileira construiu o conceito de atividade humana como o termo mais usual, significando "[...] seu sentido de fazer, expressar, simbolizar, se relacionar, transformar e compreender a subjetividade e a realidade social do sujeito" (23).

Portanto, ao longo do capítulo usarei o termo atividade / atividades para designar as ações que acontecem no *setting* terapêutico. O termo ocupação / ocupações designa as ações que a criança realiza na sua vida cotidiana, impregnadas de significado particular e cultural, exercidas num determinado tempo e contexto, por um período relativamente duradouro, compostas por atividades e habilidades necessárias para desenvolvê-las satisfatoriamente. Sendo assim, vir às sessões de terapia ocupacional, semanalmente, num determinado horário por um determinado período de tempo, torna-se uma ocupação na rotina da vida da criança.

A HISTÓRIA DE DAVI

Marco o primeiro encontro com os pais de Davi (nome fictício) e comparecem ambos. Na ocasião ele contava com 7 anos e 10 meses de idade, e seus pais me procuraram com queixas, principalmente da escola, de desatenção e não fixação da matéria. Na entrevista com os pais, surgiram preocupações referentes ao desempenho da criança na escola, que, por apresentar-se desatento, não estaria conseguindo adquirir o conteúdo necessário das disciplinas, e a mãe o considerava imaturo para a idade cronológica

A procura foi espontânea, pois a mãe tinha conhecimentos sobre o trabalho da terapia ocupacional e obteve informações sobre minha atuação. Na ocasião, a criança ainda não havia realizado avaliações com outros profissionais da saúde, à exceção das especialidades pediátrica e gastroenterologia infantil por queixas de dores estomacais, e que se configurou mais tarde, após exames, por queixas somáticas. Ela acredita que ele possa ter dificuldades em coordenação motora fina (o que não se confirmou na avaliação com a criança), como para manusear tesoura, e mostra preocupação com seu desempenho educacional. O pai diz não ter preocupações. Referem que Davi faz amizades e as mantém, sem conflitos com outras crianças. Sinto que os pais o comparam um pouco com um primo, de idade próxima.

Os pais o descrevem como falante, imaturo, distraído, tranquilo, tímido, sociável, amoroso, esquecido, obediente e sedutor, não briga, não faz birras, brinca bem sozinho e, para chamar a atenção, muda seu tom de voz, imitando fases anteriores do desenvolvimento.

Essa primeira descrição que os pais oferecem sobre Davi me dizem o como eles o veem, além da queixa (se veem, por exemplo, características positivas). Ao falarem livremente, sem interrupções, diminuem a ansiedade e organizam melhor o próprio pensamento, enquanto o terapeuta ocupacional observa e aprende sobre a dinâmica do casal e do ambiente familiar, sobre cada uma das personalidades dos pais e como cada um deles se relaciona com a criança (11).

Ele é filho único do casal. O pai tem outro filho, já adulto, não reside com eles, e referem bom relacionamento.

A mãe conta que Davi foi desejado e que a gestação transcorreu sem problemas ou preocupações.

Seu desenvolvimento neuropsicomotor aconteceu como esperado, o desmame também foi tranquilo, não usou chupeta e fez uso de mamadeira por pouco tempo, usando o copo em seguida. O relato sobre os primeiros anos de vida de uma criança é significativo, pois "[...] o bebê é uma organização em marcha. Em cada bebê há uma centelha vital, e seu ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê" (29). Sendo assim, é imprescindível que o terapeuta ocupacional identifique acontecimentos que possam contribuir para um desenvolvimento emocional satisfatório ou entraves que possam prejudicá-lo futuramente (29).

Ao longo da entrevista, vou obtendo informações de seu desempenho ocupacional, como as atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, brincar, participação social, lazer, educação, sono e descanso (4). Questiono sobre sua relação com os pais, familiares, colegas e outras pessoas nos ambientes que frequenta, como escolas, igreja e espaços públicos. Eles me contam de sua rotina, hábitos e preocupações. Elogiam-no também.

Vou observando a relação entre os pais, e eles se revelam superprotetores, ou seja, colocam-se a fazer por ele, e não com ele. Assim, vou observando uma relativa dependência para a realização de suas atividades de vida diária, como tomar banho, vestir-se, calçar sapatos, dar laços e abotoar. "Não pede para fazer só" - referem os pais sobre a atitude do filho. Dizem que ele busca preferencialmente o pai para ajudá-lo.

Outro aspecto que chama atenção é a vida em família que mudou significativamente nos últimos meses que antecederam a entrevista, pois eles haviam recém-mudado de cidade, e passaram a residir num apartamento, em cujo prédio não há espaços de lazer. Na antiga cidade, Davi e a família moravam em uma casa, e ele passava mais tempo com os avós maternos e paternos, pois estudava meio período (vespertino), e ficava com os avós enquanto os pais estavam no trabalho. Desde seu nascimento dividia a cama com a mãe. Seu pai dormia noutro quarto (que seria o quarto de Davi), e a justificativa é a insônia dele. O pai não faz tratamento e alega ser "esquecido" como o filho. Com a mudança de cidade, Davi inicia estudos em período integral, e a rotina de final de semana consiste em visitar os avós (paternos e maternos) ou ficar no apartamento alegando cansaço pela semana de

trabalho. Outra mudança foi que Davi passou a dormir em seu próprio quarto, pois o apartamento atual tem três quartos. Ocasionalmente acorda de madrugada e vai para a cama da mãe.

Não é hábito da família frequentar parques e clubes. Ocasionalmente vão a *shoppings* e restaurantes. Davi também pouco solicitava atenção deles, sendo considerado uma criança obediente e que se entretinha com jogos eletrônicos (no computador e videogames) e televisão. A religião, católica, é ponto importante da vida familiar, pois participam assiduamente.

Os pais disseram que ele tinha, na ocasião, um amigo imaginário e falava sozinho (solilóquios).

Um dado que chamou a atenção foi o relato de Davi fazer aulas de karatê, e que, apesar da queixa principal ser de desatenção, ele não mostrava dificuldades nas aulas e, ainda, sabia dizer os nomes dos movimentos (todos em japonês), o que pôde ser comprovado posteriormente nas avaliações com a criança.

Como parte do processo de avaliação, solicitei relatório escolar. Davi é aluno do segundo ano numa escola particular. O professor o vê de modo muito próximo aos pais, educado e prestativo, "obedece a ordens e regras" (conforme escrito no relatório), é desatento, brinca durante as aulas, apresenta dificuldades em interpretar o que leu, em sequenciar logicamente uma história e construir respostas completas. Também apresenta dificuldades em matemática, falta maturidade, fala como um bebê e tem dificuldade em vestir-se sozinho". Frequenta a oficina pedagógica no contraturno na própria escola.

O primeiro contato com os pais

O processo avaliativo de crianças com sofrimento psíquico é um processo delicado. Pais ou cuidadores principais (usarei o termo pais para simplificar a redação e porque especificamente, neste caso, Davi reside e é cuidado pelos pais) procuram o terapeuta ocupacional angustiados, pois o curso que seria natural foi quebrado: o filho ou filha precisa de um especialista. Muitas vezes os pais chegam angustiados à terapia ocupacional após um percurso relativamente longo, cansativo e com inúmeras consultas prévias com médicos e outros profissionais da saúde e ainda muitas dúvidas.

A entrevista inicial com os pais pode ser dividida em dois momentos distintos. Num primeiro

momento, o terapeuta ocupacional observa e faz anotações a respeito do que os pais relatam de forma livre sobre a criança. Greenspan e Greenspan (11) aconselham a extrair o máximo possível desse momento, pois as informações relatadas pelos pais tendem a ser as mais confiáveis. Então, nesse momento me disponho a ouvir sobre seu filho, como o veem e o que os trouxeram até mim.

A postura do profissional de terapia ocupacional precisa ser de escuta e acolhimento, favorecendo a comunicação e vinculação. Depois, num segundo momento, são feitas perguntas direcionadas, no caso de não terem mencionado espontaneamente, e eu julgar relevante para compor uma história da criança ou do adolescente a mais completa possível antes de conhecê-lo. Ao final, disponho-me a esclarecer todas as dúvidas que eles possam ter e a explicar como serão as etapas a seguir: de avaliação com a criança, elaboração de diagnóstico terapêutico ocupacional, devolutiva e planejamentos, seja de inserir a criança em acompanhamento de terapia ocupacional ou sugerir outras ações.

Mesmo quando diante de pais muito ansiosos, que após a entrevista me perguntam o que eu acho do filho deles, o que ele pode ter ou se é grave, é preciso cuidado para não tirar conclusões precipitadas. Outro aspecto importante a destacar é que a visão do pai é diferente da visão da mãe sobre a mesma criança. Não há visão certa ou errada, apenas pontos de vistas diferentes que se completam para formar o todo. Quando a criança passa muito tempo sob os cuidados de avós ou tias ou outros cuidadores, é importante também conversar com essas pessoas, se os pais derem acesso a elas, para coletar outras informações de comportamento da criança.

Há pais que falam muito, há pais que falam pouco, outros discutem e, em cada caso, é papel do terapeuta ocupacional perceber a dinâmica do casal e de cada família, e conduzir adequadamente a situação. A entrevista se torna relativamente extensa, mas acredito que deva ser assim, para que se tenha tempo de dialogar e iniciar um processo vincular e de colaboração com os pais.

Todo terapeuta ocupacional precisa, assim, ter um protocolo bem estruturado e que contemple os aspectos necessários ao seu modelo de trabalho (teórico-prático). O protocolo desenvolvido e aplicado na prática clínica necessita de um eixo teórico consistente que inclui entrevista semiestruturada

(com os pais ou cuidadores principais) pautada na Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo (4), avaliações com a criança sempre com a utilização de atividades e analisadas sob a ótica do referencial psicodinâmico (que prioriza a observação direta e a relação terapeuta-paciente-atividade). Também é desejável a solicitação de relatórios escolares e contatos diretos de outros profissionais que estejam acompanhando a criança. A etapa seguinte é a elaboração de diagnóstico de terapia ocupacional e devolutiva com os pais dos resultados do processo avaliativo. Conforme avanço na descrição do caso, tecerei comentários a respeito de cada uma dessas etapas.

Essas entrevistas, em geral, mantêm níveis elevados de confiabilidade. As entrevistas psiquiátricas habituais, embora não padronizadas, podem ser consideradas do tipo semiestruturado, porque o entrevistador, de alguma forma, procura ativamente obter dados que lhe permitem preencher uma história clínica e elaborar um exame das funções mentais, seguindo algum roteiro, mesmo que não claramente explicitado (33).

A criança não está presente na conversa inicial com os pais, pois, além de eles ficarem mais à vontade para falar livremente, podemos falar de assuntos delicados do desenvolvimento do filho, sobre o relacionamento do casal e sobre outros membros da família e pessoas que têm contato com a criança.

No decorrer da entrevista, o terapeuta ocupacional, ciente do curso do desenvolvimento (psíquico, neurológico, motor e sociocultural) esperado para cada faixa etária da criança, necessita formar mentalmente uma ideia dessa criança e ser capaz de realizar perguntas que tentem esclarecer se o comportamento manifesto ou temperamento relatado pelos pais dizem de um funcionamento basal dessa criança ou se houve, em algum momento, uma ruptura e, conseqüentemente, uma estagnação ou regressão. "Seu questionamento deve facilitar um entendimento sobre como a criança chegou a ser do jeito que é, isto é, que fatores constitucionais e/ou experienciais estão envolvidos" (11), e deve-se ter conhecimento da psicopatologia evolutiva (29, 31) e dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais que acometem a infância e adolescência (3).

Todas essas informações auxiliarão na formulação de hipóteses do que possa estar acontecendo

com a criança e seu entorno. Entrevistas na saúde mental são, portanto, descritivas, pois contam uma história de vida, pessoal e sociocultural de um indivíduo, num determinado momento e contexto. Assim, o terapeuta ocupacional investiga aspectos relacionados desde à gestação aos primeiros anos de vida da criança (marcos do desenvolvimento, alimentação e desmame, por exemplo), primeiras experiências na vida escolar e social, seu cotidiano e sua rotina (da criança e dos pais), desempenho ocupacional e todos os componentes a ele ligados (4), o estilo parental e o modelo disciplinar adotado pelos pais (28), como a criança estabelece seus relacionamentos (vinculação), manifestação de suas emoções, sentimentos e frustrações independentemente da condição ou da suspeita diagnóstica que a criança apresente.

Também observo atentamente a dinâmica do casal e de cada um dos pais individualmente, pois, além do suporte oferecido no momento da entrevista, é possível que sejam identificados problemas de saúde e de manejo dos pais com a criança, e também será papel do terapeuta ocupacional ajudá-los, sugerindo encaminhamentos ou orientações.

Retomando a entrevista com os pais de Davi, posso considerar que o que foi relatado por eles são sinais de alerta de que algo no desenvolvimento da criança não tem acontecido como desejado e esperado de acordo com o desenvolvimento neuropsicomotor e sociocultural encontrado em vasta literatura. Há um processo de aprendizado e amadurecimento psíquico que se revela mais lento. Eles não relatam rupturas, mas sim um processo contínuo do desenvolvimento que culmina neste momento com determinadas manifestações comportamentais e de temperamento.

Nota-se, pelo relato dos pais e pelo conhecimento das etapas de aquisição de habilidades que favorecem o desenvolvimento de autonomia e independência para a realização de atividades básicas de autocuidados, que Davi se mostra imaturo e dependente para a realização de algumas atividades cotidianas. O que ainda não sei, neste momento da entrevista, é se Davi não desenvolveu habilidades necessárias, por exemplo. Na AOTA (4), temos que as habilidades são subdivididas em processuais, motoras e de interação social.

Observa-se ainda pouco investimento no brincar e para o lazer, tanto por parte dos pais quanto por parte de Davi que, segundo os pais, não o solicita.

Winnicott (29, 31) tem uma vasta publicação sobre as teorias, a importância e os significados para a criança quando ela se ocupa ou não do ato de brincar. É no brincar que a criança sente prazer, experimenta e exerce controle sobre objetos reais, domina suas angústias e medos, aprende sobre si, suas ideias, fantasias e impulsos. É no brincar que a criança reproduz suas vivências cotidianas repletas de emoções, ainda que desconhecidas.

O brincar se inicia na relação com a mãe, num estado de confiança absoluta. Esse estado de confiança possibilita ao bebê experimentar a onipotência e o controle dos objetos reais. O brincar, portanto, não está dentro (realidade interna) e não está fora do indivíduo (realidade externa), está num espaço intermediário, designado por Winnicott de espaço potencial. Nele, atuam os fenômenos e os objetos transicionais (29, 31).

A criança traz para essa área da brincadeira objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa, usando-os a serviço de alguma amostra derivada da realidade interna ou pessoal. Sem alucinar, a criança põe para fora uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos oriundos da realidade externa (31).

O ser humano, segundo Winnicott (29), nasce totalmente dependente de outro ser humano para cuidar dele, no caso a mãe-ambiente. O bebê passa, ao longo de seu processo de amadurecimento, de um estado de dependência absoluta (estado de não integração do eu) à dependência intermediária e, então, à independência, adquirindo autonomia. Para esse autor, como o desenvolvimento é contínuo, qualquer falha, em qualquer fase, representaria um risco para o desenvolvimento de um ser humano integral (31):

O desenvolvimento do ser humano é um processo contínuo. Tal como no desenvolvimento do corpo, assim também no da personalidade e no da capacidade de relações, nenhuma fase pode ser suprimida ou impedida sem efeitos perniciosos. A saúde quer dizer maturidade - maturidade apropriada à idade. (29).

A saúde, para Winnicott (29), significa maturidade, que precisa estar apropriada a cada faixa etária. As crianças costumam sinalizar aos pais que já estão aptas a mudar de fase e, gradualmente, ir

conquistando autonomia; portanto, a tarefa que compete aos pais é permitir esse crescimento e experimentação por parte dos filhos, mesmo que ocorra momento de regressão durante o processo evolutivo.

Na descrição dos pais de Davi, não se nota que fiquem incomodados por fazer as atividades de vida diária por ele, e eles relatam que Davi também não solicita fazer de forma independente, mas não é possível saber se ele não deu sinais antes de um desejo pela independência. Observa-se, então, uma cumplicidade pais-filho no processo de prolongamento da dependência nos autocuidados. Do mesmo modo, não é observado incômodo no processo de sono e descanso, pois Davi dorme com a mãe, enquanto o pai vai para outro quarto, alegando perturbação do sono (insônia). Não há alegações de que a criança tenha medos, pesadelos ou terrores noturnos que justifiquem o medo de dormir em seu próprio quarto.

Quanto aos ambientes frequentados por Davi, na descrição dos pais, além de sua casa e escola, há a casa dos avós, a igreja e restaurantes. Um observador atento nota que a criança está inserida no ambiente de adultos, ou seja, não houve relato de os pais frequentarem ambientes tipicamente infantis, como parques e clubes. O contexto pode ser subdividido em cultural, pessoal, temporal e virtual (4). No que se refere ao contexto cultural e sua importância no desenvolvimento individual das pessoas, ele exerce influência nos padrões de comportamento, na escolha das ocupações e atividades, na formação da identidade e na expectativa gerada socialmente. Assim, pareceu-me muito significativa a religiosidade familiar (e como ficará mais claro, após avaliação com a criança, pelas referências trazidas por ela).

Termino a entrevista com muitos questionamentos e hipóteses. Quais registros afetivos, cognitivos e sociais ele está adquirindo a partir de suas experiências atuais? Como estão sendo formadas suas relações a partir desse brincar descrito pelos pais? Que pensa Davi sobre sua própria experiência de brincar? Ele se reconhece com angústias?

Considero pertinente colocar aqui uma observação. Minha intenção, neste capítulo, não é esmiuçar as etapas de aquisições da criança até a idade de 7 anos e 10 meses, o que ela deveria ou não já ter adquirido, pois acredito que você, leitor, neste momento, tenha uma ideia geral sobre a progressão do

desenvolvimento infantil, nas suas múltiplas linhas de desenvolvimento e seus aspectos organizacionais. Meu foco está nos problemas atuais que trouxeram Davi para uma avaliação, ligados às questões de amadurecimento emocional e da dinâmica familiar, visto que, após avaliar Davi, não há em sua história atrasos e déficits neurológicos ou motores, nem necessidades de adaptações que justifiquem a não realização de algumas atividades. Focarei nos referenciais teóricos psicodinâmicos escolhidos e que me apoiarão na intervenção junto a este caso.

Assim, após longa conversa com os pais, conheci Davi.

Conhecendo Davi: os encontros na terapia ocupacional

Situo como principal objetivo no processo de intervenção com crianças e adolescentes a identificação e a criação de potenciais para o desenvolvimento de um comportamento crítico adaptativo satisfatório para si e para a vida em sociedade, mesmo que exista um ou outro problema emocional e comportamental, minimizando risco de surgimento de transtorno mental ou agravamento de transtorno mental já instalado, proporcionando uma vida adulta integral e participativa socialmente.

No processo de terapia ocupacional com Davi, meu intento era proporcionar-lhe um brincar livre, espontâneo e criativo. Ele poderia tanto construir como destruir. Poderia experimentar sentindo-se sustentado e acolhido, não julgado, conciliando as fantasias de seu mundo interno com a realidade partilhada comigo, por meio da manipulação de brinquedos e materiais.

Estamos juntos há pouco mais de um ano. Nesse período ele melhorou das queixas estomacais e tem conseguido dizer para os pais o que deseja ou não. Recentemente disse não gostar do karatê, não gostar do período integral na escola, não gostar de morar em apartamento e que gostaria de ter um cachorro. Observo que Davi tem se permitido manifestar suas ideias, desejos e desgostos. Está mais observador. Ele não é favorável às minhas propostas de atividades menos estruturadas, como as atividades de cunho artesanal e artístico. Diz que lembra a escola. Prefere jogos e bola, principalmente após ter tido coragem de solicitar aos pais que o colocasse no futebol.

No começo, quando nos conhecemos, ele se mostrou tímido e pouco explorador. Na minha sala de atendimento há caixas de brinquedos, material gráfico e objetos à vista e de fácil acesso, mas foi preciso estimulá-lo a aproximar-se e manuseá-los, assim como olhar o conteúdo dos armários (jogos, brinquedos, livros, material expressivo e para artesanato).

No *setting* terapêutico apresento poucas regras explícitas. Uma delas é que tiramos nossos sapatos para brincar sobre o tapete emborrachado que cobre parte da sala e colchão sensorial e evitamos bater um no outro. Uma criança, em certa ocasião, perguntou se poderia falar palavras impróprias e insultos, e lhe respondi que sim, mas precisaríamos conversar sobre isso (seus significados particulares) quando acontecesse. Explico às crianças sobre o sigilo terapêutico também numa linguagem acessível, e que ele só é revisto quando elas me contarem ou quando eu observar risco de se machucarem em casa ou noutros espaços. Na primeira sessão me chama a atenção o fato de que ele não quis brincar com a caixa de brinquedos, pois lhe daria "trabalho" guardá-los. Um apontamento importante: após um ano de atendimento, ele ainda não tirou os objetos dessa caixa, e numa sessão comentou: "não gosto dos brinquedos dessa caixa".

Uma nota se faz importante, neste momento, sobre os procedimentos avaliativos que utilizo em dois aspectos: a técnica e o uso e conceito de atividade / brinquedos.

Quanto à técnica, a avaliação com a criança ocorre em duas ou mais sessões, a depender da observação, dos dados que o terapeuta consegue obter, da necessidade ou não de aplicar algum instrumento específico, da capacidade da criança de vinculação ou de outro fator não previsto. Por exemplo, houve um caso recente em que, após a primeira sessão avaliativa, eu julguei necessitar de apenas mais uma sessão. Entretanto, quando a criança chegou, ela solicitou que a mãe entrasse junto e eu permiti, e essa sessão proporcionou, tanto para mim quanto para a mãe, observações de características da criança e da relação mãe-filho ainda veladas. Então, conversei com a mãe e marcamos uma terceira sessão.

Há procedimentos pré-estabelecidos, como, por exemplo, em toda avaliação estarem presentes atividades e materiais diversos; entretanto, é preciso

flexibilidade, por parte do terapeuta ocupacional, na compreensão de que os procedimentos assim como as relações podem ser dinâmicos, adaptáveis às necessidades dos clientes, e acompanham o perfil do terapeuta ocupacional e a abordagem teórica escolhida - no caso deste capítulo, a abordagem psicodinâmica aplicada à terapia ocupacional, por oferecer subsídios para uma leitura da ação humana inconsciente que é objetivada a partir da manipulação de materiais e criação de objetos concretos (12, 21).

A atividade assim como o terapeuta, o cliente e a relação estabelecida entre eles são elementos obrigatoriamente presentes numa sessão de terapia ocupacional. Diferencio em minha prática dois modos de aplicação: as atividades livres e as atividades intencionais.

Nas sessões com uso de atividade livre, considero deixar a criança à vontade para que escolha um objeto ou material que queira manusear, independentemente de serem jogos ou material lúdico ou expressivo, e nessa sessão me posiciono como acompanhante nas suas narrativas do brincar. Se for um primeiro contato, quando estamos nos conhecendo, procuro interferir somente se necessário para orientação ou questionamento, pois a intenção é aguçar a observação, coletar informações e investigar o que a criança me comunica, e como, pois ela me conta sua história a partir de como se vê como indivíduo.

As atividades livres e criativas oferecem ao homem oportunidades de criar uma realidade mais alta e uma existência mais verídica, porque não permitem as deformações causadas pela arbitrariedade das situações. (12).

Portanto, não faço muitas perguntas, especialmente sobre os porquês de ela achar que está ali comigo. As crianças sempre nos contam. Só é preciso ver e ouvir com atenção sua versão de si mesma: "[...] Usam o abecedário que têm: brinquedos e desenho" (8).

As sessões às quais denomino atividades intencionais se referem a quando os materiais e objetos utilizados são escolhidos por mim e convidado a criança para brincar comigo e com os objetos propostos. Nesse caso, por ocasião da avaliação, o objetivo é observar ou testar algo específico; por exemplo, para avaliar funções simbólicas, posso escolher bonecos ou massa de modelar e, em seguida,

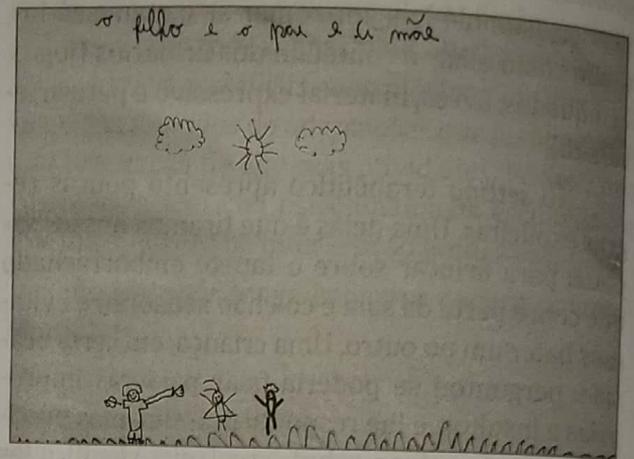
conduzir uma contação de história, ou escolher um jogo da memória para avaliar nível atencional, memorização e aceitação de regras pré-estabelecidas. Quando em sessão, o objetivo é favorecer uma progressão do desenvolvimento, integrando funções (emoção, pensamento e ação).

As atividades realizadas em sessão com crianças se concretizam pelo que é lúdico. São incontáveis os materiais e as ferramentas que podem ser utilizados. É um equívoco pensar que a terapia ocupacional infantil acontece intermediada pelo uso do brinquedo ou do jogo, pois brinquedo é qualquer objeto que simbolicamente a criança transforma em seu imaginário e que compartilha com o terapeuta ocupacional, sejam bonecos, papel, tintas e cola, o próprio corpo e o corpo do terapeuta ocupacional, os sons, ritmos, os objetos na sala, revistas e livros. Pelo brincar envolver múltiplos e variados objetos, e até mesmo a ausência de objetos concretos, uso tanto o termo atividade como o termo brincar para designar o que é concretizado nos processos de terapia ocupacional.

Os primeiros materiais, objetos ou brinquedos escolhidos tanto pelo cliente quanto pelo terapeuta ocupacional são carregados de sentimentos e simbolismos de ambos. Eles são os mediadores iniciais da relação que se formará. Os materiais que o terapeuta ocupacional deixa disponível ao cliente diz muito sobre ele próprio, seu mundo interno. Para Jorge (12), os materiais do terapeuta ocupacional representam seu universo particular de significações, e podem ser compreendidos como uma extensão dele próprio, terapeuta ocupacional, que se põe disponível ao cliente. Silveira (24) cunhou a expressão afeto catalisador para referir uma disponibilidade do terapeuta que favorecesse os processos criativos e a comunicação com os clientes. Ela valorizava, sobretudo, as características de cada pessoa, principalmente sua sensibilidade e continência ofertadas num ambiente afetuoso e acolhedor. Alertou, contudo, que o mesmo indivíduo pode atuar como catalisador de uma pessoa e inibidor para outra. É preciso o exercício da maturação e percepção apurada para reconhecer o momento de interferir e o momento de deixar a criança revelar, à sua maneira e no seu tempo, sobre si.

Sendo assim, num primeiro encontro propo-nho atividade livre e convido a criança para escolher o que desejar, sugerindo que eu a acompanharei em sua escolha. Davi escolheu desenhar, mas

concluiu o desenho apenas num segundo encontro avaliativo. Seu desenho é apresentado a seguir.



A criança revela muito de si, desde o momento da escolha do material que deseja até a forma como brinca. O papel do terapeuta ocupacional é observar e analisar, a partir de seu referencial teórico, as escolhas da criança e o que ela revela; por exemplo, ela escolhe materiais mais duros, resistentes e rígidos ou materiais flexíveis e maleáveis? Ela escolhe materiais industrializados, como jogos e brinquedos, ou escolhe materiais com possibilidades de criar objetos e simbolizar, como massa de modelar, palitos ou papéis?

Naturalmente criativas, as crianças compartilharão suas inclinações, pensamentos e emoções com o terapeuta, por meio de uma variedade de canais de comunicação. A tarefa do terapeuta é sintonizar-se com todos esses canais simultaneamente e estar alerta para cada nuance de significados transmitida pela criança (11).

Assim como os materiais que o terapeuta ocupacional dispõe para uso revela aspectos de sua personalidade e mundo interno, a escolha das crianças também revela aspectos de seu temperamento, mundo interno e daquilo que deseja contar.

Davi, ao brincar comigo, me diz das ideias e sentimentos que permeiam sua vida. Ele me disse daquilo que o ocupa no seu dia a dia, do que lhe é importante. Anoto mentalmente duas observações neste momento: raras são as crianças em meu consultório que não escolhem primeiramente mexer na caixa de brinquedos exposta, justamente por estar à vista e em destaque sobre o tapete emborrachado e, não tão raro, mas muito frequentemente,

poucas são as crianças que escolhem desenhar num primeiro contato, pois a grande maioria das crianças que avalio e acompanho, têm algum nível de dificuldade no aprendizado pedagógico, e elas associam papel e lápis a essas dificuldades, necessitando de minha parte um trabalho de desconstrução e posterior reconstrução do brincar com papel, lápis e tinta, o que pode levar um tempo considerável.

Davi, consciente ou inconscientemente, desejou me contar a partir de seu desenho algo significativo para ele: sua família nuclear (ele e os pais). Observo que ele não se representou entre os pais, escreveu o título (o filho e o pai e a mãe) numa sequência diferente da desenhada (pai, mãe e filho), assim como observo que o desenho do pai tem seus contornos e detalhes com melhor acabamento do que os desenhos dele mesmo e da mãe; no desenho da mãe, inclusive, ele usa o recurso de transparência (vestido / corpo). Ver os traços que ele fez na representação do pai me diz de uma capacidade latente, escondida, pois há dentro de si um potencial para uma expressão mais consistente. Também observo uma apreensão do real ajustada à realidade compartilhada, pois seu pai, de fato, é representado com corpo atlético devido à prática de esportes, enquanto ele e sua mãe são menores e magros. O que Davi desenhou, portanto, é considerada uma atualização de seu mundo interno partilhado na realidade externa com o terapeuta ocupacional. O objeto concreto é simbólico (desenho), por ser significativo de outro objeto (família), carregado de energia psíquica e afetos, à disposição para que terapeuta e cliente olhem como um fenômeno a ser desvelado (12).

Assim originado, o objeto não pode ser percebido apenas como um dado bruto da experiência (envelope), mas como resultado da introspecção psicológica dos acontecimentos reais e imaginários, que determinam categorias de entendimentos (atualização) (12).

As significações desse símbolo / desenho podem ser muitas, e não é possível discorrer aqui sobre todas elas, pois dependem do significado atribuído por Davi. Não compete ao terapeuta ocupacional julgá-las ou afirmar sobre sua significação. Toda conjectura pensada e sentida pelo terapeuta ocupacional é apresentada à criança, em momento que ele percebe como oportuno para, e somente então, propiciar um campo reflexivo com a criança.

Faço outras observações sobre Davi. Parece ser um menino muito preocupado, e essas preocupações que o habitam são geradoras de angústias e de sofrimento psíquico. Angustia-se com a possibilidade de guardar os inúmeros brinquedos da caixa e, com isso, priva-se de ter prazer e divertir-se. Davi, com sua personalidade em construção, me diz, com suas ações e falas, das dicotomias e exigências sociais quando me conta como ficou envergonhado por ter quebrado um copo de vidro na casa da avó, e das regras sociais mais tradicionais refletidas na sua fala sobre meu relógio ser "de homem", eu não ser casado ou não ter filhos. Observo insegurança e sentimentos de menos valia ao relatar que considera o primo (de idade próxima) exímio jogador de futebol, e sentimento de insegurança que surge nos momentos de pedir à mãe para que ela cozinhe determinado tipo de alimento que gosta.

Davi me pareceu um garoto desvitalizado nos nossos primeiros encontros, com expressão cansada. No estudo das teorias psicodinâmicas, nossa energia vital é chamada de libido. Para Jung, energia psíquica e libido são sinônimos e recebem um sentido mais amplo, ligado ao investimento psíquico do indivíduo, em intensidades diferentes, nos mais diversos aspectos de sua vida cotidiana.

Libido é apetite, é instinto permanente da vida que se manifesta pela fome, sede, sexualidade, agressividade, necessidades e interesses os mais diversos. Tudo isso está compreendido no conceito de libido. A ideia junguiana de libido se aproxima bastante da concepção de vontade, segundo Schopenhauer (25).

Pensando a libido, na concepção junguiana, como energia psíquica presente e relacionada a diversas áreas da vida do indivíduo, sendo constante, variando apenas a quantidade e o direcionamento para determinadas áreas da vida na qual ela é canalizada, e associando esse conceito ao que ouvi e conheci da história de Davi, perguntei-me onde estaria canalizada a sua energia psíquica, se não está na área que diz respeito ao brincar, à exploração e à criatividade.

Minha hipótese é que ela esteja direcionada às reações somáticas (distúrbios digestivos) relatadas pelos pais. Jung (15) fala sobre "deslocamento da libido", ou seja, se a energia psíquica que alimentava a vontade e o interesse direcionado a um determinado objeto deixar de alimentá-lo, essa energia será redirecionada para outras áreas, como, por exemplo, os órgãos do corpo físico; "[...] surgirão

talvez manifestações somáticas (palpitações, distúrbios digestivos, erupções cutâneas etc.), virá reativar conteúdos adormecidos no inconsciente, construirá enigmáticos sintomas neuróticos" (25).

Associo ainda essa ideia a outras duas, como o relato dos pais e professores de que Davi é uma criança obediente, a saber, pelo dicionário, "submeter-se à vontade de outra pessoa" (20), e sobre ele não ter feito birras. Recorde-se de que as birras infantis, que ocorrem por volta de 2 a 4 anos de idade, revelam uma dinâmica imprescindível ao processo evolutivo e à constituição da identidade. Dessa maneira, reações exacerbadas, como forma de protesto, de luta por independência, baixa tolerância à frustração e acessos de raiva, são comuns, esperadas e desejadas, caso os pais saibam o que está em jogo nesse momento do desenvolvimento. Winnicott (29) destaca que a agressividade tem duplo significado: "Por um lado, constitui direta ou indiretamente uma reação à frustração. Por outro lado, é uma das muitas fontes de energia de um indivíduo". Caberia, portanto, aos pais, nesse sentido, auxiliar a criança a tolerar sua própria manifestação de agressividade por meio de birra, desde que essa expressão possa ser justificável e tolerável.

Há relatos de Davi não ter feito birras. A energia psíquica, que deveria ser canalizada aos acessos de raiva e birra, foi realocada. A agressividade é uma energia necessária para o desenvolvimento de todos nós. Winnicott (29) refere que, quando essa energia é represada, todas as outras energias e impulsos também o são, pelo esforço de controle, incluindo a criatividade, pois se acha ligada a certo grau de irresponsabilidade, de liberdade para colocar em atos o imaginário e o onírico, sem regras e cuidados excessivos ou preocupações com o depois.

O que vemos no caso relatado é uma dinâmica intrincada, na qual temos o ambiente representado pelos seus pais, cada qual com sua subjetividade, e também a relação vincular formada como casal / pais, o desenvolvimento subjetivo de Davi e o deslocamento de sua energia psíquica, o registro que fez das experiências subjetivas e objetivas vivenciadas até o momento, a marcada influência dos preceitos religiosos católicos na vida da família, manifestados objetivamente por um comportamento nitidamente passivo, imaturo, desatento e pouco criativo, que lança mão de recursos como voltar-se para si, para seu mundo interno, criação de um amigo imaginário, e que opta por um tipo

de brincadeira em que tudo vem pronto, imagens, histórias e ações, como os videogames.

Quanto ao terapeuta ocupacional, outro elemento constante da relação terapeuta-paciente-atividade é proporcionar à criança um espaço seguro, acolhedor, com materiais adequados (12), ter uma postura que reflete sua disponibilidade interna para acolhê-la, estimular e favorecer o aparecimento no *setting* terapêutico de suas angústias, seu cotidiano, seu modo de se organizar e expressar sua experiência de vida (11), ou seja, seus modos particulares de pensar, sentir e agir socialmente.

Davi tem uma clara preferência por jogos, e eu o acompanho em suas escolhas, suas narrativas do brincar. Vou participando e propondo ideias, acrescentando ingredientes, permitindo novas experimentações, para que ele adquira nova consciência de si e do que pode fazer. Proporciono-lhe ambiente acolhedor, brincar livre, criativo e espontâneo.

No processo de terapia ocupacional, seja na avaliação ou na intervenção, nada é imposto à criança. Posso até tentar convencê-la, mas sem insistência e sem adentrar num campo contratransferencial; "o terapeuta deve promover ações que vissem reconduzir o paciente à atividade. Esse fazer, considerado uma singularidade da terapia ocupacional, leva a transferência em terapia ocupacional a assumir uma particularidade" (10).

Assim, ficamos várias sessões brincando com a bola, ele ensaiava passos e malabarismos com a bola nos pés. Solicitava-me que o filmasse, e assim eu fazia. Divertia-se muito. Pediu que eu enviasse o vídeo para o celular da mãe, e assim o fiz.

Certo dia, ele propôs desenhar e eu sugeri que experimentasse tintas e tela. Durante o processo pude observar que ele foi ficando descontente, desanimado, seus traços vagarosos, sua expressão mudou, mas não me disse nada. Percebendo, comentei que ele parecia ter perdido o interesse. Ele respondeu que sim. Perguntei-lhe se desejava parar. Ele sorriu, disse que sim, em seguida perguntou se podia parar a pintura. Respondi afirmativamente. Na sessão seguinte, perguntei se ele queria continuar a pintura. Ele disse que não. Observei uma expressão de descontentamento e aquele olhar que ele fazia quando não sentia capaz de algo. Explorei o assunto com ele. Ele me disse que não sabia desenhar, que estava feio e que ele não sabia o que fazer com o desenho. Naquele instante, considerei dois aspectos: primeiro,

um julgamento de valor da parte de Davi, do belo e do feio; e, também, que aquela experiência se somaria a tantas outras negativas que ele tinha, e achei que era uma oportunidade para que eu trabalhasse com ele criatividade e ineditismo. Propus olharmos a tela, imaginar que estava pronta e acabada, e falar sobre nossas ideias sobre ela. Ele demorou uns segundos para fantasiar comigo sobre a tela, mas, logo que percebeu o jogo, começou a divertir-se e rir. No final, a tela se transformou num japonês lutador que descansa (Figura 2). Coloquei-a num prego onde antes estava um relógio de parede – que ele derrubou noutra sessão com a bola e parou de funcionar – e lá está a tela até hoje, valorizada e validada por nós, com cada aspecto da subjetividade dele, que a fabricou, e de mim, que a partilhei na relação terapêutica.

O terapeuta ocupacional avalia as escolhas e mudanças das atividades, feitas livremente pelo paciente, verificando seu progresso. Cabe-lhe, portanto, intervir indicando outra atividade, caso a escolhida esteja impedindo a melhora almejada. (2).

Sobre o trecho citado acima, considere que era importante auxiliar Davi a ter um novo olhar para sua produção, um olhar lúdico e espirituoso – como reflexo de si mesmo.

Ninguém faz por fazer numa sessão de terapia ocupacional ou no cotidiano. Toda ação / atividade humana é simbólica e, ainda que não consciente durante o ato, proporciona comunicação e autoconsciência após sua concretização (12).

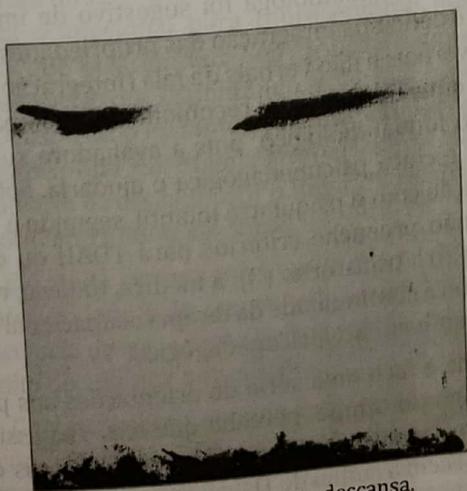


Figura 2. O japonês que descansa.

As atividades são um meio e um fim em si mesmo: “[...] propiciador da crítica e da construção do conhecimento do fazer como MEIO de se alcançar um determinado objetivo; do fazer como FIM em si mesmo, o ato de fazer, sendo o objetivo alcançado” (1).

Assim, o processo de terapia ocupacional se realiza sempre em uma relação triádica e dinâmica, com a presença obrigatória do terapeuta, do cliente e da atividade em sentido amplo, sendo consideradas as ações e manipulações de materiais, ferramentas e objetos existentes no *setting*, e não apenas objetos fabricados, concretizados.

Análise do processo e devolutiva com os pais

Os procedimentos seguintes dizem respeito à análise do processo avaliativo, alicerçada no referencial teórico psicodinâmico, e a um novo encontro com os pais, que chamo de devolutiva, que é o momento de comunicar aos pais os resultados obtidos, fazer recomendações necessárias, esclarecer dúvidas e ouvir as atualizações sobre a criança e os pais (11).

No processo de análise todas as informações são sistematizadas: entrevista com os pais e as minhas observações a partir da avaliação com a criança. Faço conjecturas e uma lista de hipóteses e de possibilidades. Denomino lista de problemas atuais (sinais e sintomas relatados e observados) e identifico fatores protetivos (condições pessoais e do ambiente que favorecem a manutenção da saúde) na vida da criança. Penso nos pais e nas suas condições de saúde, organização e rotina com a criança, pois serão necessárias adaptações às novas demandas que virão. Procuro identificar, também, uma lista de possíveis sintomas, objetivando a identificação ou não de um transtorno mental. Penso nos encaminhamentos que solicitarei: avaliações psicopedagógica e psiquiátrica. Justifico cada solicitação. A psicopedagogia poderá nos esclarecer com maior precisão sobre os déficits e queixas dos professores, informando se há um transtorno de aprendizagem ou problemas pontuais. A avaliação psiquiátrica objetiva verificar se há um transtorno mental ou não, o que ajudará na condução do caso, não apenas na intervenção direta com a criança, mas em orientações mais precisas aos pais e à escola, e na ideia de um prognóstico. Minha dúvida é se ele fecharia critérios para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

(TDAH), subtipo desatento (por não ter relatos de hiperatividade e impulsividade), devido à queixa de desatenção e imaturidade emocional. De acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística - DSM 5 (3), os principais sinais do tipo desatento são: desatenção, lentificação e esquecimento, com dificuldades em sustentar o esforço mental (concentrar-se) em determinadas atividades, podendo ser considerado preguiçoso ou desinteressado.

No processo de avaliação de terapia ocupacional, eu não terei todas as respostas para as minhas perguntas. Eu posso atender um cliente por anos, e não o conhecerei em sua totalidade. Como terapeuta ocupacional, identifico riscos para o desenvolvimento, riscos para a cronicidade quando já instalado um transtorno mental, identifico potencialidades de desenvolvimento e saúde.

No caso do Davi, identifiquei riscos psíquicos para um desenvolvimento integral. Aprecio o conceito de Enrique Pichon-Rivière (psicólogo social que desenvolveu uma teoria sobre grupos operativos e dinâmicas familiares), segundo o qual saúde é definida como a capacidade do indivíduo de se adaptar de forma crítica à realidade que se impõe (22). Dessa forma, observo que Davi tem falhado nesse processo de adaptação crítica, assim como seus pais, em auxiliá-lo na árdua tarefa de tornar-se pessoa ativa e integral.

O brincar, por si só, já seria suficiente, pelo olhar da teoria winnicottiana, para propor orientações de manejo e cuidado para os pais e inserir Davi num processo terapêutico, pois ele mostra poucos elementos que favorecem sua criatividade, expressividade e simbolização. A modernidade trouxe avanços significativos em todas as áreas; entretanto, no âmbito dos jogos eletrônicos, seu excesso traz prejuízos importantes para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social das crianças.

Noto que a televisão e os jogos eletrônicos, enquanto recursos lúdicos, não favorecem a autoria de pensamento. Não estimulam a imaginação, pois seu enredo já vem pronto. Por outro lado, quando uma menina brinca com a sua boneca, imagina o enredo, cria as falas e as cenas; quando joga um videogame, esse enredo já está pronto (32).

A devolutiva com os pais segue objetiva. Inicialmente pergunto como estão e como está o Davi após os contatos iniciais (avaliativos) comigo, se observaram mudanças ou não. Deixo-os falar pri-

meiro. Eles me atualizam e contam que Davi pediu para a mãe que queria ajudá-la na cozinha; ela permitiu e me conta com satisfação. Esclareço suas dúvidas. Acolho-os. Somente depois narro minhas percepções e faço recomendações não somente sobre o Davi, mas também a eles, como, por exemplo, orientações ao pai em relação aos cuidados com sua saúde, pois referiu ter insônia constantemente e irritabilidade durante o dia (11).

É importantíssima a aliança com os pais, pois deles dependem os cuidados com Davi. Coloco minhas percepções sobre Davi, os problemas atuais identificados, as suas capacidades, assim como aponto padrões na dinâmica familiar que estão ou não favorecendo o seu desenvolvimento. Observo se há resistências (quando os pais começam a justificar suas ações), se há reconhecimento do que falo, ou se aparecem sentimentos ambivalentes e contraditórios. Observo a dinâmica do casal, se há manifestações coerentes ou discordantes entre eles. Os pais de Davi concordam entre si e se mostram reflexivos.

Enfatizo que Davi está em processo de desenvolvimento, nada está fixado ou enrijecido, e que é preciso estimulá-lo: “[...] as crianças estão com a mente em construção, nada é estabilizado; nem a personalidade, nem a moléstia, nem o sintoma” (8).

Combinamos que os atendimentos de Davi aconteceriam uma vez por semana.

No caminho para encontrar-se consigo mesmo

Davi segue em acompanhamento de terapia ocupacional e psicopedagogia semanalmente e apresenta evoluções. A psicopedagoga solicitou avaliação do processamento auditivo central, e o laudo da fonoaudióloga foi sugestivo de imaturidade e déficit na integração das propriedades acústicas verbais e não verbais da fala (integração auditiva), entretanto não foi recomendado acompanhamento fonoaudiológico, pois a avaliadora sugeriu que a técnica psicopedagógica o ajudaria. Sobre a avaliação com o psiquiatra infantil, segundo a mãe, Davi não preenche critérios para TDAH ou qualquer outro transtorno (3); a médica, todavia, recomendou a continuidade da terapia ocupacional e do acompanhamento psicopedagógico.

Fiz e faço uma série de orientações aos pais. Ao longo do tempo, percebo que eles vão assimilando e introduzindo, aos poucos, elementos que enriquecem a rotina do Davi e da família.

Colocam o filho no futebol (a pedido dele), começam a frequentar parques e ficam sócios de um clube de campo para os finais de semana. Estimulam Davi a ser mais independente em relação às suas tarefas e autocuidados. Nos aniversários de Davi, a mãe sempre pergunta o que ele quer: um ano quis ir a um restaurante de comida oriental com os pais; noutra, conseguiu escolher o bolo que queria após a mãe pacientemente ajudá-lo a decidir. Suas notas e nível de atenção na escola melhoraram. Ele já consegue expressar alguns desejos aos pais e a mim, como dizer que não gosta do Karatê, não gosta de morar em apartamento e não gosta de estudar em período integral. Algumas vezes, ainda me solicita como intermediária na conversa com a mãe após as sessões. Entendo que ele necessita desse apoio e o faço. Os pais também observam melhoras, como o fato de procurá-los para conversar; mãe diz que ele está "mais perceptível de si" (*sic*). Tem dedicado menor tempo aos jogos eletrônicos.

As mensurações no campo da saúde mental podem ser quantitativas ou qualitativas. Há muitas escalas possíveis de serem aplicadas à criança, à família e à escola. Mas intento deter-me nas observações qualitativas que revelam, na sutileza de um gesto, olhar ou mudança não tão drástica de ações, e de modo não linear, a evolução psíquica do indivíduo, e, conseqüentemente, também se refletirão no desempenho ocupacional desse indivíduo.

Primeiramente, Davi se mostrou mais disposto e interessado no que os nossos encontros podiam lhe oferecer, desde a coragem para solicitar aos pais que o colocasse no futebol aos treinos com bola em sessão comigo. Assim, gradualmente se apropriou do *setting*, dos materiais e do próprio terapeuta ocupacional para representar o que ele precisa que eles fossem. Seu brincar é cada vez mais expressivo e espontâneo. Não fala mais "ai meu Deus" a todo instante, substituindo por outras expressões que denotam enriquecimento de seu vocabulário e ressignificam o lugar da religião em seu cotidiano e contexto social.

Ele ainda carrega um importante sentimento de inferioridade e de menos valia; mas, hoje, tem consciência desse aspecto de sua psique, o que lhe permite decidir por novas ações.

Continuamente, quando jogávamos, eram frases comuns de Davi: "eu vou perder, eu sei" ou "eu gosto de perder". Numa sessão, ele me disse: "lembrarei de algo por que gosto de perder, é porque quero

que as pessoas tenham dó de mim". Fomos conversando sobre seus sentimentos e fantasias, seu medo de não se sentir querido ou de ser esquecido caso não dependesse de outras pessoas para auxiliá-lo em suas tarefas cotidianas. Na sessão seguinte ele vem e me pede "revanche" porque quer ganhar de mim. Jogamos várias partidas, ora eu ganho, ora ele ganha.

Três meses se passam. Jogamos novamente em sessão dois jogos diferentes, duas partidas de jogo da memória e uma partida do jogo pizzeria maluca. Ele ganha as três partidas e diz que não quer mais jogar. Sinalizo que temos tempo, que ele pode escolher outro jogo se desejar; ele diz que não e eu estranho, pois ele sempre brinca até o último instante da sessão. Questiono sobre o que aconteceu, e ele me diz: "você sabe". Respondo: "hum ... você quer ir embora com o gostinho da vitória e não quer arriscar perder a última partida". Ele ri muito e concorda acenando a cabeça para cima e para baixo. Na teoria junguiana, o homem tende a desenvolver-se a partir do que existe em si, de um embrião rudimentar de potencialidades inatas, que tendem a crescer e evoluir, impulsionadas por forças instintivas inconscientes; entretanto, a partir do momento em que o indivíduo adquire consciência, torna-se capaz de influenciar seu desenvolvimento psíquico que refletirá no desempenho ocupacional, no estabelecimento de relações interpessoais e na participação social (25, 27).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendo que o referencial psicodinâmico abordado neste capítulo fornece subsídios para a reflexão da prática clínica, ao validar o potencial da relação terapeuta-paciente-atividade, a singularidade do homem e o valor simbólico do fazer do cliente.

Jorge (12) afirma que "toda atividade humana é simbólica". Sendo assim, toda a atividade subjetiva e concretizada na intervenção de terapia ocupacional é dotada de uma carga emocional e traz em si significados singulares e universais, tanto do cliente quanto do terapeuta ocupacional.

Ao terapeuta ocupacional compete apresentar uma postura sensível e continente que acolha as demandas objetivas e subjetivas da criança. Ao colocar-se diante da atividade, do fazer da criança, é necessário cuidado para que, consciente do seu pa-

pel e do que representa para a criança e sua família, não atribua seus valores e suas crenças pessoais às falas e produções da criança. É preciso estimular que a própria criança elabore seus questionamentos, suas ideias e significações sobre seu fazer ou sobre o produto concretizado, sendo possível sugerir novos caminhos ou modos de fazer e olhar a atividade quando sente que sua interferência é necessária a um contínuo processo evolutivo.

Ao proporcionar um espaço no qual Davi pode criar, brincar, produzir, escolher, construir, destruir e reconstruir, iniciar e abandonar projetos de forma livre, espontânea e criativa, possibilitou-se a emergência de imagens e fantasias inconscientes que puderam ser concretizadas e partilhadas com o terapeuta ocupacional e, assim, ressignificadas pela própria criança, no seu tempo e ritmo.

Os erros, os acertos e os objetos são sempre obra intencional, ainda que não conscientes, pois, "embora seja a mente que busca, com muita frequência, é a mão que encontra", e o ato de fazer traz, em seu bojo, necessariamente o pensar. E o pensar traz consigo a necessidade de comunicar, o que pode se dar de forma explícita, clara, ou de forma implícita, velada. Ninguém faz só por fazer. Faz-se alguma coisa em busca de outra. E a busca será sempre a do instrumento adequado do discurso e do prazer. Nessa busca, muitas vezes dificultada por tantas variáveis, empenham-se o cliente e o terapeuta ocupacional (13).

Observa-se o desenvolvimento psíquico de Davi em suas produções em sessão, na experimentação de novas atitudes e no relato dele e dos pais, de maior independência para a realização de suas tarefas cotidianas e sua motivação por buscar ocupações que lhe agradam.

"A adaptação ativa à realidade e a aprendizagem estão indissolúvelmente ligadas" (22), pois, à medida que a criança brinca, manipula e cria objetos transformando-os, transforma a si mesma, compondo uma espiral dialética. À medida que transforma a si mesma, transforma o meio a que pertence e o modo como estabelece relações sociais. Realidade interna e realidade externa geram um diálogo contínuo a cada nova experimentação e seguem reajustando pensamentos, emoções e ações observáveis pelo comportamento manifesto e pela comunicação verbal e não verbal.

Na clínica voltada à saúde mental da infância, o terapeuta ocupacional objetiva, a partir do

brincar livre, criativo e espontâneo, favorecer e incentivar as motivações subjetivas da criança, preparando-a para, quando surgirem futuros desafios, que ela possa encontrar soluções criativas para seus conflitos e viver satisfatoriamente em sociedade, como um ser humano integral, independentemente de um ou outro sintoma estar presente.

REFERÊNCIAS

1. Araújo RPZ. O brincar como recurso terapêutico. *Cad Ter Ocup.* 1998; 10(1):95-111.
2. Araújo RPZ. Terapia Ocupacional: possibilidades de ajuda. *Cad Ter Ocup.* 1995; 7(1):15-27.
3. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Nascimento MIC et al., tradutores. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [internet]. 2015 [acesso em 18 nov 2018]; 26(Esp):1-49. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>.
5. Castro ED, Lima EMFA. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface* [internet]. 2007 [acesso em 15 nov 2018]; 11(22):365-76. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180115441017.pdf>.
6. Castro ED. Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [internet]. 2005 [acesso em 15 nov 2018]; 16(1):14-21. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13954>.
7. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 425, de 08 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional [internet]. *Diário Oficial da União*, 1º ago. 2013 [acesso em 18 nov. 2018]; 1:87-9. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/57244807/dou-secao-1-01-08-2013-pg-87>.
8. Di Loreto O. Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogênese): a psicopatogênese que pode estar contida nas relações familiares. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
9. Faria MBSR. Contribuição à clínica da Terapia Ocupacional: teoria e prática. *Cad Ter Ocup.* 1999; 11(1):50-105.
10. Fernandes SR. A transferência e a construção de um fazer criativo. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [internet]. 2006 [acesso em 18 nov. 2018]; 17(3):123-8. Disponível

em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/13994/15812/>.

11. Greenspan SI, Greenspan NT. Entrevista clínica com crianças. Batista D, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
12. Jorge RC. O objeto e a especificidade da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: GESTO; 1990.
13. Jorge RC. Chance para uma esquizofrênica. Belo Horizonte: Imprensa Oficial; 1980.
14. Josué VF, Oliveira AS, Baldo ET. O Ambulatório de Psiquiatria da Infância: Serviço de Terapia Ocupacional (APQI-TO) do HCFMRP-USP. In: Uchôa-Figueiredo LR, Negrini SFBM, organizadores. Terapia Ocupacional: diferentes práticas em hospital geral. Ribeirão Preto: Legis Summa; 2009. p. 139-48.
15. Jung CG. A dinâmica do inconsciente: a energia psíquica. Appy ML, tradutor. Petrópolis: Vozes; 2017. Capítulo 3: Os conceitos básicos da teoria da libido; p. 44-75. (Obra completa; 8/1).
16. Lima EMFA. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2004; 15(2):42-8.
17. Mancini MC, Coelho ZAC. Raciocínio clínico em Terapia Ocupacional. In: Drummond AF, Rezende MB, organizadores. Intervenções da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008. p. 13-24.
18. Mângia EF, Nicácio F. Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC, organizadores. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001. p. 63-80.
19. Medeiros MHR. Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: EdUFSCar / Hucitec; 2003.
20. Obedecer. In: Dicio: Dicionário Online de Português [internet]. 2009-2019 [acesso em 25 set 2018]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/obedecer/>.
21. Oliveira YC. Terapia Ocupacional em saúde mental: uma abordagem psicodinâmica. Rev Bras Promoç Saúde. 1995; 9(8):40-6.
22. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1998. Capítulo: Estrutura de uma escola destinada à formação de psicólogos sociais; p. 165-77.

23. Salles MM, Matsukura TS, organizadores. Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: Edufscar; 2016. Capítulo 1: Conceitos de ocupação e atividade: os caminhos percorridos pela literatura nacional e de língua inglesa; p. 13-35.
24. Silveira N. Imagens do inconsciente. Petrópolis: Vozes; 2015.
25. Silveira N. Jung: vida e obra. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981. (Coleção Vida e Obra).
26. Tedesco AS. Diálogos da Terapia Ocupacional e a psicanálise: Terapia Ocupacional psicodinâmica. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2007. p. 156-64.
27. von Franz ML. O processo de individuação. In: Jung CG, concepção e organização. O homem e seus símbolos. Pinho ML, tradutor. 3. ed. Rio de Janeiro: Harper Collins Brasil; 2016. p. 204-307.
28. Weber LND, Prado PM, Viezzer AP, Brandenburg OJ. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. Psicol Reflex Crít [internet]. 2004 [acesso em 14 jan, 2019]; 17(3):323-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722004000300005&script=sci_abstract&tlng=pt.
29. Winnicott DW. A criança e o seu mundo. Cabral A, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.
30. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. Cipolla MB, tradutor. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2013. (Texto de Psicologia).
31. Winnicott DW. O brincar & a realidade. Cipolla MB, tradutor. Rio de Janeiro: Imago; 1975. (Coleção Psicologia Psicanalítica).
32. Wolff CGS, Pitombo EM. Brincar e aprender na sociedade pós-moderna: implicações para a psicopedagogia. Constr Psicopedag [internet]. 2011 [acesso em 12 jan. 2019]; 19(19):95-111. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542011000200008.
33. Zuardi AW, Loureiro SR. Semiologia psiquiátrica. Medicina [internet]. 1996 [acesso em 15 jan. 2019]; 29(1):44-53. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/1996/vol29n1/semiologia_psiquiatica.pdf.



Terapia Ocupacional na Infância:

procedimentos na
prática clínica

Organização:
Luzia Lara Pfeifer
Maria Madalena Moura Sant'Anna




MEMNON

© Memnon Edições Científicas Ltda., 2020.

ISBN 978-85-7954-161-2

Supervisão editorial: Silvana Santos

Projeto gráfico: Catarina Ricci

Ilustrações de capa: Sophia Pfeifer Moreira

Revisão gráfica: Silvia Cristina Rosas

Todos os direitos de publicação reservados por



(11) 5575-8444
www.memnon.com.br

Proibida a reprodução deste material, total ou parcialmente, por quaisquer meios reprográficos e/ou eletrônicos, e para quaisquer fins, sem a prévia autorização expressa dos editores e detentores dos direitos autorais e editoriais.

Esta editora é membro associado da



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Terapia ocupacional na infância : procedimentos na prática clínica / organização Luzia Iara Pfeifer, Maria Madalena Moraes Sant'Anna. -- São Paulo : Memnon, 2020.

Vários autores

Bibliografia

ISBN 978-85-7954-161-2

1. Crianças - Cuidado e tratamento 2. Crianças - Desenvolvimento 3. Terapia cognitiva para crianças 4. Terapia ocupacional 5. Terapia ocupacional - Estudos de casos I. Pfeifer, Luzia Iara. II. Sant'Anna, Maria Madalena Moraes

19-28270

CDD-615.8515

Índices para catálogo sistemático:

1. Crianças : Terapia ocupacional : Ciências médicas 615.8515

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964