

PENSAR-INVENTAR-FAZER NA TERAPIA OCUPACIONAL: CARTOGRAFIAS CLÍNICAS EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO¹

Antonio Leonardo Figueiredo Calou²

Rafael Araújo Lira³

Areta Muniz de Araújo⁴

Resumo: A Terapia Ocupacional Clínica se caracteriza por um contexto que busca ajudar pacientes/clientes a desenvolver autonomia e qualidade de vida em atividades que lhes são significativas e que, por alguma limitação (físico-motora, cognitiva, psicossocial ou afetivo-emocional) não são efetivadas com o desempenho requerido, o que atrapalha suas vidas. Mas para que o terapeuta ocupacional possa ajudar seus pacientes/clientes nesse processo, é necessário que ele desenvolva um raciocínio clínico, uma habilidade considerada como o que diferencia o TO de outros profissionais, principalmente pela abrangência na qual esse raciocínio é direcionado. Considerando esta habilidade, este trabalho objetivou cartografar a experiência de desenvolvimento do raciocínio clínico de um terapeuta ocupacional em formação, acompanhando os processos vividos no cotidiano de um Centro Especializado em Reabilitação. Com isso, se estabeleceu como procedimento metodológico e de fundamentação a pesquisa cartográfica que resultou na compreensão de que o raciocínio clínico pode ser uma habilidade de pensar-inventar-fazer. A pesquisa apontou para além de conhecimentos práticos descritos, a necessidade de revisão de conceitos próprios da Terapia Ocupacional à luz de teorias como a da Esquizaanálise e da Análise Institucional.

Palavras-chave: Pensa-Inventar-Fazer. Raciocínio Clínico. Cartografias Clínicas. CER III.

1. INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional é uma ciência que no seu contexto clínico busca ajudar a desenvolver ou devolver a autonomia e a qualidade de vida na práxis das atividades de vida diárias de sujeitos que, por alguma limitação físico-motora, cognitiva, psicossocial, ou mesmo afetivo-emocional, passa a não efetivá-las, atrapalhando seu cotidiano, bem como as relações que nele se estabelece (CAVALVANTI; GALVÃO, 2007). No entanto, para que seja possível a gradativa recuperação ou desenvolvimento de qualquer demanda que seja indicada a Terapia Ocupacional, o seu profissional necessita lançar sua atenção aos aspectos limitantes, pensando sobre eles e buscando criar maneiras de intervir, adaptar e/ou produzir novos modos possíveis

¹ A presente pesquisa é fruto do trabalho de conclusão de curso de seu primeiro autor, apresentado ao colegiado do curso de Terapia Ocupacional da UNIFATECIE.

² Doutor em Psicologia pelo PPGPsi/UFRN. Mestre na área de Ciências Sociais das Religiões, Educação e Saúde pelo PPGCR/UFPB. Cientista Social e Psicanalista. Atualmente é graduando do bacharelado em Terapia Ocupacional da UNIFATECIE. É docente e coordenador do curso de Psicologia da Faculdade Caicoense Santa Teresinha e Faculdade Sucesso. E-mail: leo.calou@hotmail.com

³ Terapeuta Ocupacional pela Universidade Potiguar. Especialista em Gestão Clínica pelo SÍrio-Libanês e em Gerontologia pela UNP. rafaellira51@hotmail.com

⁴ Terapeuta Ocupacional. Mestre em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina-EMCM/UFRN. E-mail: aretamuniz@hotmail.com

de se fazer alguma atividade desejada. Esse processo que caracteriza o trabalho do terapeuta ocupacional, foi chamando de *Raciocínio Clínico*.

De acordo com Rosemary Hagedorn (1999), o raciocínio clínico é o que diferencia as habilidades do terapeuta ocupacional de outros profissionais, tendo em vista estarem direcionados as atividades humanas, o cotidiano e as suas ocupações. Em suas palavras:

Nossas habilidades essenciais devem tanto englobar os aspectos nebulosos do raciocínio profissional, a resolução de problemas e pesquisas, bem como abarcar formas de habilidades e conhecimentos terapêuticos. [...]. O raciocínio clínico aumenta nossa compreensão sobre a alquimia que transforma a escolha de habilidades genéricas e específicas em Terapia Ocupacional (HAGEDORN, 1999, p. 30).

Como bem ainda ressalta a terapeuta ocupacional norte-americana, esta habilidade da Terapia Ocupacional acaba por se constituir a partir das lentes teóricas com as quais o terapeuta ocupacional se apropria e fundamenta sua prática. Essa fundamentação que forma o profissional pode se dar de diversas formas, compreendendo a existência das correntes e abordagens que compõe, ou se melhor for, vão produzir conhecimento na área da Terapia Ocupacional. Apesar da diversidade de lentes, todas focam em alguns objetos: as atividades humanas, as ocupações e o cotidiano. Dessa forma, pode-se afirmar que o raciocínio clínico da Terapia Ocupacional é uma habilidade prática feita sobre esses três objetos.

Ainda assim, não existirá raciocínio clínico se não houver experimentação da prática clínica, ou seja, nenhum terapeuta ocupacional desenvolve o raciocínio clínico apenas lendo sobre ele, é necessário praticá-lo. Portanto, a experiência da prática clínica que se dá no estágio supervisionado clínica é determinante para o desenvolvimento da habilidade no profissional, bem como da escolha de suas lentes de embasamento de sua prática. Mas como se dá na prática o raciocínio clínico?

Pensando no desenvolvimento de um raciocínio clínico que se dê sobre a *práxis* do pensar-inventar-fazer, embasada pela corrente da esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari (2011; 2012; DELEUZE, 2011), bem como da análise institucional de René Lourau e Georges Lapassade (1972; LOURAU, 1975; LAPASSADE, 1989; 2005), este trabalho objetivou fazer uma pesquisa cartográfica que acompanha o desenvolvimento desta habilidade a partir da experiência de estágio clínico de seu autor em um Centro Especializado em Reabilitação.

Os Centros Especializados em Reabilitação, também conhecido pela sua abreviação, CER, são frutos de uma histórica pressão popular no âmbito do sistema de saúde nacional que buscaram debater e reivindicar políticas de inclusão social a partir da reabilitação de sujeitos

com deficiência. Os CER's seriam assim, um sistema de serviços ambulatoriais focados na promoção da saúde através da oferta de modalidades de terapias especializadas voltadas para deficiências físicas, auditivas, visuais e intelectuais.

O CER escolhido como campo de pesquisa e de experiência clínica foi o de uma cidade localizada no interior do estado do Rio Grande do Norte, mais especificamente na região do Seridó⁵. Neste local, me forma oportunizados, enquanto campo de estágio, experiências únicas no atendimento pediátrico de pacientes com Transtorno do Espectro Autista e Síndrome de Down, nos quais alguns deles entram na lista de atendimento do supervisor para que como estagiário, eu pudesse ajudar a desafogar uma grande lista de espera.

A experiência em campo me fez visualizar um amplo leque de pesquisas que poderiam ser feitas, mas o que mais o próprio campo me convocou a pensar, foi sobre o meu raciocínio clínico em um atendimento e em como este é construído na sua efetividade, fazendo um trabalho de pensar-inventar-fazer. Isso acaba me conectando aos modos, ou se melhor for, aos caminhos metodológicos que dão norte a esta pesquisa, a pesquisa cartográfica.

De acordo com Passos e Barros (2015), inspirados no método da cartografia esquizoanalítica de Deleuze, Guattari e Suely Rolnik (2016; GUATTAR; ROLNIK, 2013), explicam que a cartografia é um método que se articula no próprio percurso da pesquisa, ou seja, que o procedimento metodológico se forma ao passo que já se estar imerso nele, implicado com ele, acompanhando seus processos. A cartografia faz o percurso contrário as normativas de procedimentos ditos “científicos”, pois enquanto esses traçam metas e objetivos para com eles alcançar algum resultado que é de interesse do pesquisador, ela busca experimentar do campo, para que na sua própria implicação se trace metas.

De modo análogo a cartografia, os modos de pesquisa da análise institucional também se dão por um “hódos-meta”, no qual só se compreende o funcionamento de uma instituição a partir da imersão nela, da implicação com ele, da experiência, sentindo seus atravessamentos histórico-políticos e cotidianos.

Através dessas formas de fazer pesquisa, foi possível pensar as implicações que me atravessam no campo e com elas acompanhar os processos da construção de um raciocínio clínico a partir de um caso. Dessa forma, a pesquisa se dividiu em três partes: (1) a primeira versa sobre a história dos Centros Especializados em Reabilitação, (2) a segunda visou

⁵ Como forma de manter o anonimato dos integrantes de integrantes da pesquisa, bem como não expor a instituição, resolvemos por não citar a cidade, tendo em vista a fácil identificação.

descrever o funcionamento do CER campo de pesquisa e (3) a terceira trata do acompanhamento de um caso clínico e com isso a constituição feita na experiência clínica de um raciocínio clínico do terapeuta em formação.

2. HISTÓRIA E POLÍTICAS DOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são unidades que têm como objetivo oferecer atendimento especializado e integral às pessoas com deficiência, visando sua reabilitação e inclusão social (BRASIL, 2017). Esses centros são considerados fundamentais no que dizem respeito à efetividade dos serviços de saúde quanto a disponibilidade de terapias necessárias que acompanham os níveis de atenção no qual o SUS é estruturado.

Pode-se afirmar que os Centros Especializados de Reabilitação (CER) surgem com a implementação das políticas de saúde voltadas para a inclusão e reabilitação das pessoas com deficiência, discutidas nos anos 2000, no âmbito das políticas para e pelo SUS. O marco mais significativo considera-se a Portaria GM/MS nº 793/2012, na qual se evidenciou diretrizes para a organizar a rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência, incluindo a criação e estruturação dos CER (PEREIRA e MACHADO, 2015).

Essa portaria definiu os CER como unidades especializadas destinadas à oferta de serviços de reabilitação auditiva, física, visual e intelectual, de forma integrada e em todos os níveis de complexidade do SUS. De acordo com Pereira e Machado, ela vem considerar o CER como “um ponto de atenção de característica ambulatorial especializada e responsável em realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas” (2015, p. 374).

Pode-se considerar ainda, no que diz respeito a história dos CER, que somente a partir de 2010 é que se pode visualizar e constatar uma consolidação mais clara dos CER como parte essencial da rede de atenção à saúde no Brasil, tendo em vista a morosidade que foram suas implantações em acordo com o cumprimento da portaria, resultado dos poucos recursos destinados a política (CARVALHO, 2019). Isso fez com que o serviço do CER fosse efetivado buscando estabelecer redes de abrangência regionais, onde um CER estaria a dispor de algumas dezenas de municípios de um mesmo estado, por vezes superlotando os serviços.

De acordo com o *Manual de Ambiências dos Centros Especializados de Reabilitação e das Oficinas Ortopédicas* (2017), os CER são centros de referências que podem ser organizados

em três níveis: (1) CER II: trata-se de uma unidade que oferta até duas modalidades de reabilitação; (2) CER III: trata-se de uma unidade que oferta três modalidades de reabilitação; (3) e CER IV: trata-se de uma unidade que oferta quatro modalidades de reabilitação. Essas modalidades são definidas pelos serviços de reabilitação que são caracterizados por modelos de reabilitação especializada auditiva, física, visual e intelectual.

A oferta das modalidades de reabilitação estão condicionadas as ambiências, ou seja, para que haja a oferta do serviço, não apenas necessita-se de profissionais de saúde especializados, mas será também necessária toda uma estrutura com materiais e recursos necessários para efetivação do serviço. Nomeia-se de ambiências o “espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2017, p. 03).

Trate-se, portanto, de espaços cuja finalidade é dispor de ambientação confortável e acolhedora, por vezes adaptados com o propósito de suprir necessidades mais globais no que diz respeito ao tratamento de deficiências. Um espaço com estimulação de dimensões sensoriais, ambientes privados para atendimentos e de socialização para efetuação de outros modos de terapia. O Manual anteriormente citado, possui tabelas que descrevem as demandas dos três níveis de CER, de acordo com os modelos de reabilitação especializada que oferta, descrevendo e normatizando sua estrutura necessária.

3. HISTÓRIA, FUNCIONAMENTO E ATIVIDADES DO CER DA PESQUISA

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) da pesquisa, foi inaugurado apenas no ano de 2019. Trata-se de um CER de nível III, que em seu plano busca contemplar às áreas de deficiência visual, física e intelectual. Está localizado em anexo ao Hospital da cidade.

A unidade CER III conta com 25 ambientes, dentre os quais se dividem em: um salão ginásio de fisioterapia, onde também divide um espaço auditório para fazer formações; recepção e sala de atendimento ao público, sala de arquivo da recepção e triagem em assistência social, sala de estimulação precoce, sala de enfermagem, sala de oftalmologia, sala de ortopedia, sala de psiquiatria, sala de nutrição, salão de integração sensorial, almoxarifado, sala de coordenação, oito salas multiprofissionais, dentre elas a sala da ludoterapia, banheiros e fraudarios, copa e cozinha, estacionamento amplo, etc. O equipe de funcionários da unidade conta com 50 profissões e cargos de ensino fundamental, médio e superior.

Este CER atende uma abrangência regional de 17 municípios, que ao fazer consulta diagnóstica médica, encaminham seus pacientes para cidade onde está localizado, para avaliação e procedimentos terapêuticos.

Os serviços do CER III estão voltados para pacientes com quaisquer deficiência “temporária ou permanentes, progressiva, regressiva ou estável, em condição intermitente ou contínua, que integrem suas áreas de atendimento” (BRASIL, 2017). Conceitua como uma de suas políticas institucionais o atendimento centrado no paciente, estabelecendo com isso, o conhecido Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁶, cujo interesse é estabelecer um plano individualizado e multiprofissional de cuidado, elaborado de forma participativa entre os profissionais de saúde e o paciente (ou seu responsável), levando em consideração suas necessidades específicas e condições de saúde.

Como parte do PTS, a instituição compõe um modelo de avaliação que é chamado de Avaliação Global, no qual integra seus diversos profissionais em dias agendados para compor avaliações sobre os pacientes que chegam até a unidade por meio de encaminhamentos médicos, advindo de alguns setores públicos de saúde dos municípios já citados. Essa avaliação irá direcionar os atendimentos e as intervenções terapêuticas necessárias para cada caso, bem como o grau de necessidade de atenção. A depender desta avaliação, o paciente pode já integrar as agendas para início de procedimentos, ou entrar para lista de espera.

A avaliação global, para além de compor um PTS e direcionar o atendimento individualizado, poderá apontar as necessidades dos usuários para o atendimento em grupos, dos quais tem por finalidade desenvolver integração, habilidades sociais e interacionais, resultando na participação social do paciente em diversos setores da vida. Dessa forma, compreende-se que o atendimento de grupo é uma demanda apontada pela própria avaliação individual do paciente.

O CER conta com os serviços de Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Neurologia, Psiquiatria, Ortopedia e Oftalmologia. Tais serviços são ofertados em atendimentos individualizados, podendo apontar para atendimentos de grupo, dentre os quais são ofertados: Equoterapia, Ludoterapia, Musicoterapia, Grupo de Seletividade Alimentar, Grupo de introdução alimentar e seletividade

⁶ Considera-se o PTS como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no Brasil, no qual busca-se uma abordagem humanizada e efetiva para enfrentar as necessidades complexas dos pacientes. Ele se insere nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, incentivando a valorização do acolhimento, do vínculo entre profissional e paciente, e da integralidade do cuidado.
ISSN: 2763-6704

para os responsáveis, Grupo de Apoio aos Cuidadores, Grupo de linguagem e primeira infância, Calendário da saúde/Educação em Saúde, Grupo dos Ostromizados.

A unidade CER também tem se tornado referência no que diz respeito à educação continuada em saúde, ao ensino em saúde e a pesquisa e inovação em saúde. Compreende-se na instituição, que como um setor público, é também um campo prático de ensino que compõe a atenção básica, sendo uma unidade ambulatorial com rico campo de estágios.

São diversos os campos abertos e as instituições conveniadas a unidade, dentre elas podemos citar, para além da Terapia Ocupacional, que tem seus primeiros estagiários da área, os discentes do Centro Universitário UNIFATECIE, os estudantes do curso de Psicologia de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, os estudantes de Medicina de uma IES pública, de Fisioterapia e Nutrição de um Centro Universitário privado e, em especial, os residentes dos programas de Atenção Básica da mesma IES pública, dentre outros.

Para além desse vasto campo, a própria instituição estabelece vínculos por meio de projetos extensionistas que se criam e são desenvolvidos pela própria ou em seus âmbitos com apoio e parcerias das IES já citadas.

A estrutura do CER III é ainda deficiente, se consideramos a abrangência de atendimentos e o que o *Manual de Ambiências dos Centros Especializados de Reabilitação e das Oficinas Ortopédicas* irá estabelecer. É importante ressaltar que essa deficiência está ligada apenas a infraestrutura da unidade e o pouco investimento que é feito para sua manutenção e materiais necessários. Apesar disso, ela é ainda uma estrutura que contempla as proposições do manual. Cabe destacar a Sala de Estimulação Precoce e o Salão de Integração Sensorial, onde a Terapia Ocupacional atua.

No que tange aos serviços e atendimentos, pode-se considerar de excelência. Apesar dos poucos recursos, o CER conta com uma equipe de profissionais preocupados e interessados em dar a melhor qualidade de atendimento e serviços possíveis. Isso é demonstrado em como estão interessados nos movimentos sociais que integram a luta da pessoa com deficiência e como se preocupam em estabelecer campanhas para conseguir recursos terapêuticos.

Em se tratando da Terapia Ocupacional, o serviço do CER tem contado com apenas dois profissionais. Ambos são profissionais efetivos da unidade.

Os serviços que envolvem o campo da Terapia Ocupacional vão desde a avaliação que abrangem os aspectos físico-motores, cognitivos e psicossociais, até os modelos próprios de tratamento que se diversificam a partir da demanda, como por exemplo: estimulação precoce,

desenvolvimento de habilidades para AVD's, psicomotricidade, estimulação sensorial a partir de recursos de integração sensorial, dentre outras.

O público de acesso aos serviços de Terapia Ocupacional é, em sua maioria, o público infantil, o que torna quase um serviço pediátrico, porém com um e outro atendimento de adultos e idosos. Grande parte dos diagnósticos desse público infanto-juvenil são de Transtorno de Espectro Autista, Síndrome de Down, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, dentre outras condições do neurodesenvolvimento.

As salas utilizadas pelos profissionais são basicamente a sala de Estimulação Precoce e a sala de Integração Sensorial. Essas salas são minimamente equipadas com materiais necessário para o trabalho com ambas as abordagens.

A escassez de profissionais de Terapia Ocupacional na região do Seridó tem proporcionado a restrição do trabalho dos profissionais no CER, que ficam limitados aos consultórios por conta da alta demanda e extensa lista de espera pelos serviços de TO. Dessa forma, a única categoria que não participa da Avaliação Global, é a Terapia Ocupacional, tendo que fazer suas avaliações no próprio consultório e de forma individualizada.

No geral, o público atendido no CER Caicó/RN é um público diversificado, que sai desde crianças à adulto e idoso. No entanto, é possível observar a diferença dos públicos em relação as modalidades terapêuticas disponíveis. Algumas delas tendem a abranger mais adultos e idosos, como é o caso da Enfermagem que tem um trabalho voltado a pacientes ostomizados e, que, inclusive, recebem seus materiais e são educados para seu uso por esses profissionais. O serviço de Fisioterapia que faz um trabalho de reabilitação de pacientes pós-traumatismos, em que, em muitos casos, são mais adultos e idosos, não se restringindo somente a esse público. No entanto, serviços como Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, podem ser visualizados um público maior de crianças, também não se definindo apenas por elas, mas com uma incidência maior de atendimentos.

Como ressaltado no tópico anterior, o público de maior acesso ao CER III, no que diz respeito aos atendimentos em Terapia Ocupacional, é ainda o público infantil. Tratam-se de atendimentos pediátricos com foco em pacientes neuroatípicos, muitos com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Down, condições do

neurodesenvolvimento, alguns “casos neurológicos”⁷, e alguns poucos atendimentos de adultos e idosos.

Durante o período de estágio, me foi possibilitado o atendimento de 17 crianças pacientes do supervisor, com uma certa diversidade de diagnósticos que me oportunizou o conhecimento e aprofundamento de seus casos, bem como a possibilidade de colocar em prática às habilidades de raciocinar sobre cada um, a partir das atividades a serem usadas para seus tratamentos. Ou seja, o público atendido oportunizou na prática, aquilo que definimos como uma das habilidades típicas da Terapia Ocupacional, o raciocínio clínico sobre as atividades humanas, o cotidiano e as ocupações (HAGEDORN, 1999).

Com o propósito de ainda ajudar a desafogar a lista de espera, me foi proposto e aceito o direcionamento de casos possíveis de serem atendidos por mim. Esses casos seriam assim destinados, mas com atendimento sob constante supervisão. Descrevo no próximo capítulo minha experiência e desenvolvimento de meu raciocínio clínico sobre um caso específico.

4. CARTOGRAFIAS CLÍNICAS: PENSAR-INTERVIR-FAZER NO ATENDIMENTO

A experiência na área clínica se deu entre o período dos dias 15 de abril a 14 de junho. Os horários se diferenciaram e se alternaram nos dias da semana dependendo da agenda do supervisor.

Houve um importante acolhimento da parte do supervisor de estágio que se mostrou bastante preocupado com o desenvolvimento das atividades de estágio numa graduação em Terapia Ocupacional em modalidade EaD híbrida – o que acontece com a maioria dos profissionais que estamos encontrando em campo – e isso fez com que ele fosse atencioso, dedicando tempo em uma supervisão de fundamentos da prática.

Foi combinado com o mesmo que a primeira semana seria destinada a observação, com o intuito de haver um melhor reconhecimento do campo, do público a ser atendido e dos métodos e procedimentos a serem utilizados. Isso foi muito importante para haver também

⁷ O termo "casos neurológicos" geralmente se refere a situações clínicas ou pacientes que apresentam condições relacionadas ao sistema nervoso. O sistema nervoso é responsável pelo controle e coordenação de todas as funções corporais, e problemas neurológicos podem afetar desde funções básicas como movimento e sensação até funções complexas como pensamento, emoção e comportamento. Existem várias condições clínicas ligadas ao sistema nervoso, dentre as mais comuns podemos citar: acidente vascular cerebral (AVC), Alzheimer, doença de Parkinson, esclerose múltipla, epilepsia, paralisia cerebral, doenças neuromusculares, traumatismos cranianos que podem levar a lesões no cérebro, tumores, lesões na medula espinhal, entre outras.

espaço para construção de um conhecimento cartográfico do campo, deixando com que ele fizesse emergir suas implicações.

Após a primeira semana combinamos que pelo menos três pacientes da lista de espera seriam colocados a mais em sua agenda, destinados a atendimento por mim e por ele supervisionado. Em reunião com a gestora administrativa, resolvemos os casos do público da lista de espera que poderiam ser atendidos durante os três meses, com possível prorrogação de mais dois ou três, tendo em vista que apontei o estágio na área social como possível de ser feito também pelo serviço ambulatorial.

Foram então colocados em sua agenda um paciente com TEA/TDAH de 10 anos de idade, de sexo masculino, uma paciente com síndrome de Down de 04 anos, de sexo feminino e um paciente com Parkinson, adulto de 64 anos, de sexo masculino. A ideia era que pudesse acompanhar durante um período de tempo casos diferentes, me oportunizando estudar sobre procedimentos de avaliação e métodos de intervenção.

No dia 22 de abril, ocorreu o primeira entrevista inicial com a responsável pelo paciente que vou chamar de José⁸. O supervisor me deixou à vontade para escolher o protocolo de anamnese a ser utilizado. Havia um que era próprio do serviço e que fora criado por ele. Escolhemos seguir com um protocolo de anamnese⁹ indicado na disciplina de Métodos e Técnicas de Avaliação em TO, considerando a minha afinidade com ela. Em seguida, como método de avaliação estruturado, resolvemos adotar outro conhecido por mim, a Escala de Desenvolvimento Motor de Rosa Neto, contida no livro *Manual de Avaliação Motora* (2002). Assim fizemos os teste voltados para a idade do paciente, identificando por meio da idade motora, algum déficit que poderia ser trabalhado.

O caso de José, caso destinado a mim e que teve efetiva presença, gerou um plano de atuação/intervenção, no qual é descrita conclusões e forma de tratamento, bem como suas evoluções. Este caso em específico, levou a construção de materiais que interessavam ao tratamento, bem como de estratégias para obtenção de resultados.

De modo geral, o desenvolvimento das habilidades de análise da atividade e do raciocínio clínico direcionaram e nortearam a escolha das atividades nas intervenções terapêuticas dos casos que foi possível atender e que me eram demandados. Isso resultou para além da escolha baseada no problema ou demanda do paciente, na graduação de atividades,

⁸ O nome do usuários atendido terá nome fictício para preservar o anonimato destes.

⁹ O modelo de anamnese infantil pode ser encontrado no livro da disciplina, Métodos e Técnicas de Avaliação em TO de autoria da coordenadora do curso Sandra Mesquita (2023, p. 13).

bem como na adaptação de algumas, para ser efetiva em seus casos. A partir de agora irei narrar alguns procedimentos feitos.

Em considerações aos diversos atendimentos feitos e quantidade de pacientes com diferentes demandas, poderia dizer que seria difícil escolher apenas uma atividade para trazer, mas levando em conta a extensão que ficaria o texto, vou buscar sintetizar pelo menos três atividades, das quais apliquei com o paciente José. Mas para tanto, acredito que seja preciso apresentar o seu caso mesmo que minimamente.

José é uma criança de sexo e identidade de gênero masculino, de 10 anos de idade, que chegou ao atendimento na Terapia Ocupacional do CER III por meio do laudo de TEA/TDAH. Morador de uma cidade vizinha, José já era usuário do serviço do CER através da psicoterapia e da fisioterapia. Sempre acompanhado pela mãe e responsável a quem sempre me dirijo para dar devolutivas e pontuar algumas orientações.

A partir da anamnese feita com a responsável, foi possível identificar um atraso na idade motora (porém perfeitamente corrigida com as demais terapias), uma questão com a consciência corporal e senso de direção e outra com seletividade alimentar. A mãe chegou a perceber suas limitações com a consciência corporal a partir da escovação. José ao escovar os dentes, costuma escovar apenas um lado da boca, fazendo movimentos de raspagem com a escova do outro lado.

Em investigação a partir dos testes propostos pela escala de desenvolvimento motor de Rosa Neto, não se apresentou qualquer dificuldade quanto a lateralidade, nem com a motricidade fina nos testes feitos. No entanto, ao aplicar a atividade de alinhavo, foi possível constatar uma dificuldade quanto ao movimento de pinça.

Em seções subsequentes, pedimos que a mãe lembrasse de trazer a escova, para que eu pudesse observar sua escovação. Como suspeitei nos primeiros encontros, ao fazer atividades de estimulação da motricidade fina, José ao pegar na escova não fazia a posição de pinça lateral¹⁰, mas a posição de preensão palmar¹¹. Isso fazia com que a escovação acontecesse de forma mais contundente do lado esquerdo da boca, já que a escova, posicionado em preensão palmar, tinham melhor acesso de movimento.

Durante algumas sessões combinamos de repetir a atividade, na tentativa de ensiná-lo a fazer a posição de pinça lateral. Durante as sessões até tínhamos uma evolução, mas na semana

¹⁰ Trata-se do movimento de pressão feito quando a polpa digital do polegar toca a face lateral radial da falange média do indicador.

¹¹ Trata-se do movimento de pegada, quando os dedos envolvem um objeto fazendo flexão dos dedos em direção aos músculos da região tênar e do envolvimento do flexor longo do polegar.

seguinte, percebíamos novamente a posição se repetir. Decidir por trabalhar atividades de alinhavo, cadarceamento e treinos motores finos.

Uma das atividades que considero que foi criativa e interessante para o estímulo da pinça lateral, foi a que dei o nome de “José Cabelereiro”. Com a ajuda de um recurso da Conectart, empresa de pdf’s da terapeuta ocupacional Marilena Ribeiro, trabalhei com José diversos aspectos da motricidade fina que ajudam ao desenvolvimento do movimento. Através dos passos da atividade, descrevo na tabela abaixo, alguns ganhos no tratamento de José.

Atividades	Nome da atividade pela Conectart: AVD Cabelo Menino. Desenvolvimentos dos aspectos: motricidade fina, cognição e AVD.
Materiais	Recurso da Conectart plastificado, Barbante, Tintas, Tesoura sem ponta
Passos	1. Alinhar o barbante no cabelo do boneco, dando pequenos nós e formando o cabelo; 2. Cortar o cabelo na preferência de tamanho; 3. Pintar os cabelos (barbantes) com o dedo.
Evolução	A atividade propõe o tempo todo que trabalho manual seja com o movimento de pinça. No passo 1 José produziu a pinça polpa a polpa. No passo 2, movimento de tesoura, que exige também percepção visual, coordenação visomotora, atenção, concentração, etc. No passo 3, José produziu o movimento de pinça lateral.
Raciocínio clínico	A atividade trouxe diversas contribuições transversais para José que aos poucos foi treinando os movimentos necessários para a escovação, mas também para minha formação, no que diz respeito ao aprofundamento dos aspectos trabalhados no caso.

Tabela 01: Atividade 01. **Fonte:** Autoria própria

A segunda atividade que considero instigante no tratamento de José, trata-se de outra atividade da Conectart chamada de Faz Igual. Está atividade também consiste em um jogo onde adversários têm que advinha qual formato do rosto do outro jogador, em meio à várias opções de combinação de olhos e bocas em várias direções.

A atividade acontece da seguinte forma: os adversários puxam cada um uma carta com um formato de rosto, não permitindo que o seu oponente veja. Olhando para os diversas opções de olhos e bocas, cada jogador poderá fazer uma pergunta descrevendo o formato de olhos ou boca que suspeita ser a da carta de seu adversário. Essa atividade se torna interessante para o caso de José, na medida em que para pergunta é necessário discriminar a direção em que o olhar e boca apontam. Na tabela abaixo, faço um passo a passo com as contribuições da atividade para o caso de José.

Atividades	Nome da atividade pela Conectart: Faz Igual. Desenvolvimentos dos aspectos: lateralidade, senso de direção e cognição.
Materiais	Recurso da Conectart plastificado
Passos	1. Puxar carta com rosto; 2. Fazer Perguntas discriminando direções.
Evolução	A atividade trouxe diversas contribuições transversais para José que aos poucos foi compreendendo aspectos de lateralidade e senso de direção, mas também para minha formação, no que diz respeito ao aprofundamento dos aspectos trabalhados no caso.

Raciocínio clínico	A atividade propõe a discriminação de direção direita/esquerda, assim como da lateralidade, tendo em vista compreensão de que estamos em visão espelho. Estimula também aspectos cognitivos como raciocínio, percepção visual, atenção, concentração, entre outros
---------------------------	--

Tabela 02: Atividade 02. **Fonte:** Autoria própria

A terceira e última atividade a ser descrita, trata-se da brincadeira “Perdeu, comeu”, depois adaptada e graduada para “Ganhou, comeu”¹². Consiste num jogo onde a recompensa para quem ganhar seria comer um alimento levado por mim no dia. A mãe responsável por José aponta a seletividade por massas e alimentos processados, dessa forma, busquei levar frutas misturadas a cereais mais crocantes e alimentos com texturas diferentes.

Atividades	Nome da atividade: Ganhou, comeu. Desenvolvimentos dos aspectos: seletividade alimentar.
Materiais	Jogos de Competição.
Passos	1. Fazer algum jogo competitivo; 2. Ao ganhar, comer um alimento levado
Evolução	A atividade trouxe diversas contribuições transversais para José que aos poucos foi ampliando o repertório alimentar, mas também para minha formação, no que diz respeito ao aprofundamento dos aspectos trabalhados no caso.
Raciocínio clínico	A atividade propõe a condição da alimentação, buscando desconstruir a rigidez quanto a experimentação de novas texturas e sabores.

Tabela 03: Atividade 03. **Fonte:** Autoria própria

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar-Inventar-Fazer, esta pode ser considerado o termo uno da construção de uma habilidade de raciocínio clínico experimentada no decorrer de uma formação profissional em Terapia Ocupacional em um ambiente clínico. Um termo uno de múltiplos fazeres que se abrem apenas quando da experiência pelo campo.

Dessa forma, esta pesquisa ela vem contribuir com a afirmação de que o raciocínio clínico se faz na experiência e que, por isso, poder-se-ia até afirmar, é uma habilidade que se adquire cartograficamente, a partir da análise institucional e da implicação com a instituição e seus casos.

Está afirmação leva a um novo processo de pesquisa, no qual pode ser direcionamento de respostas jamais conclusivas para seguinte pergunta: não será o raciocínio clínico tanto

¹² Essa mudança no sentido da brincadeira foi proposta pelo supervisor de campo, que considerou que a experiência de comer algo no qual estaria experimentado, poderia estar sendo significada como punição, como uma experiência negativa ligada ao perder. De início não me parecia ter muito sentido, tendo em vista que se tratava de um jogo competitivo, logo, haveria na sua linguagem a oposição binária vencer/perder. Contudo, era preciso tornar o alimento a ser experimentado como algo positivo, isso iria requerer que logo no início da atividade fosse reforçada a ideia de que o alimento era bom, por isso quem ganhasse iria comer. Essa mudança fez toda a diferença.

estudado na Terapia Ocupacional, uma cartografia clínica? Uma questão que leva também a considerar as intercessões necessárias que se pode fazer entre a Esquizoanálise e a Terapia Ocupacional.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas**: Orientações para Elaboração de Projetos (Construção, Ampliação e Reforma). Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Secretária de Atenção à Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 793/2012**: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.

CARVALHO, D. G. de. Políticas públicas para a pessoa com deficiência – o centro especializado em reabilitação do município de Duque de Caxias/RJ. **Revista de Direito Tributário e Financeiro**. v. 05, n. 02, jul-dez, 2019.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Editora 34, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo: editora 34, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia vol. 3**. São Paulo: editora 34, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolíticas: cartografias do desejo**. 10º ed. Petrópolis: Vozes Editora, 2013.

HAGEDORN, R. **Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Dynamis, 1999.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LAPASSADE, G. **As microssociologias**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LAPASSADE, G.; LOURAU, R. **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

MESQUITA, S. L. R. de. **Métodos e Técnicas de Avaliação em TO**. Paranaíba: EdUnifatecie, 2023.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Da Escóssia, L. (Orgs). **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulinas, 2015.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Implantação de Centro Especializado em Reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. v. 26, n. 03, set-dez, 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2º ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2016.

ROSA NETA, F. **Manual de Avaliação Motora**. Porto Alegre: Artmed, 2002.