



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



LAYSLA DEMONARI GOMES

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL E
A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

RIBEIRÃO PRETO
2017



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS



LAYSLA DEMONARI GOMES

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL E
A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento de Neurociências e do Comportamento.

Área: Terapia Ocupacional em Saúde Mental

Orientador(a): Profa. Dra. Adriana Sparenberg Oliveira

Supervisor(a) Titular: Profa. Dra. Adriana Sparenberg Oliveira

RIBEIRÃO PRETO
2017

O contato entre dois seres humanos é uma experiência potente que definirá o mundo imediato no qual este contato se estabelece. É assim que cada um de nós se defronta com um outro, o vínculo com alguém é imprescindível para o acontecer humano. (CASTRO, 2005)

RESUMO

Na relação terapêutica ocupacional busca-se estabelecer um processo a partir de um encontro que se dá com um sujeito, através da realização de atividades. Com a população da infância, o processo terapêutico ocorre numa relação intermediada pelo brincar e envolve ações direcionadas ao estabelecimento de um vínculo. Assim, este relato traz reflexões acerca da construção da identidade profissional e as vivências ao ser terapeuta ocupacional estando em relação com o outro e vivenciando um processo de vinculação. Este trabalho foi construído através das observações e análises dos atendimentos, observação da rotina do serviço, supervisões e reflexões das ações e posturas adotadas, considerando que na relação e encontro com o outro, há a possibilidade de nos construirmos enquanto sujeito e enquanto profissional, traçando a forma de atuar, assim como estimular a reflexão e a visão crítica sobre todos os processos vivenciados.

Sumário

1. Introdução.....	6
1.1 Terapia Ocupacional e Saúde Mental	6
1.2 Sobre o programa	8
1.3 Vínculo	9
2. Objetivo.....	10
3. Metodologia.....	10
4. Desenvolvimento.....	10
5. Considerações finais.....	17
6. Referências.....	18

1. Introdução

1.1 Terapia Ocupacional e Saúde Mental

A reforma psiquiátrica foi discutida em diversas esferas da sociedade, surgindo assim diferentes desafios, como o processo da reabilitação/reinserção social da pessoa com transtorno mental. Para suprir as necessidades desses sujeitos, foram criados novos serviços de Saúde Mental, que englobam atendimentos em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência, onde são propostas novas modalidades para o tratamento e a reinserção social. (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

Ribeiro e Machado (2008) trazem que com os novos rumos da psiquiatria, inclusive o uso da nova denominação “saúde mental”, surgiram outras orientações que caracterizaram o panorama da terapia ocupacional psiquiátrica brasileira contemporânea.

As autoras complementam que:

Por ter como ferramenta principal a atividade, que reflete a cotidianidade do sujeito, a terapia ocupacional pode transformar a sua ação junto à sua clientela em promotora de um protagonismo social que historicamente foi arrancado daqueles que foram marcados pela história da psiquiatria. (RIBEIRO; MACHADO, 2008, p.74).

Ribeiro e Oliveira (2005) acrescentam que diante dessas transformações na assistência psiquiátrica, a profissão da terapia ocupacional vem buscando uma legitimidade enquanto área de atuação e de produção de saber. Assim, os terapeutas ocupacionais têm procurado aprimorar-se teórica, técnica e politicamente para a atuação na rede dos serviços substitutivos, em nível de prevenção e promoção de saúde, tratamento, reabilitação e inclusão social.

De acordo com Lima (2004), no final da década de 1970, algumas terapeutas ocupacionais defendendo a função terapêutica, incorporaram conceitos psicodinâmicos baseados na psicanálise e na psicologia e criam um método de tratamento. Neste método, criado por Jô Benetton, a terapia ocupacional é definida por uma dinâmica relacional entre terapeuta-paciente-atividade em que se compõe uma trilha associativa num campo transferencial.

Marcolino e Fantinatte (2014) complementam que a teoria psicanalítica foi utilizada para compreender fenômenos oriundos da prática clínica em terapia ocupacional, levando-se em conta que a realização de atividades acontecia em uma relação triádica sendo terapeuta ocupacional, paciente e atividades.

De acordo com Castro (2005, p. 15)

A relação terapeuta-paciente tem para a terapia ocupacional contemporânea um lugar de renovação de gestos, ações e sentidos, um lugar de reflexão. No encontro entre terapeutas e pacientes ocorre a tessitura das práticas, das propostas de tratamento, do exercício da terapia ocupacional. A partir deste encontro muitas inquietações, novas percepções e todo um redimensionamento e uma inovação da profissão vem sendo possível. É, neste lugar que se originam muitos acontecimentos, matérias de novos sentidos existenciais que tocam tanto os terapeutas quanto os pacientes e abrem espaços numa multiplicidade de territórios - visíveis e invisíveis, materiais e imateriais, objetivos e subjetivos, teóricos, técnicos, tecnológicos e metodológicos, conteúdos que inscrevem fundamentalmente a emergência do humano, e afetam todos os atores deste encontro.

A relação terapêutica de acordo com Jorge (1989) é um encontro homem-homem, quando a simples presença de um altera o comportamento do outro.

Lima (2004) traz que em Terapia Ocupacional buscamos estabelecer um processo terapêutico a partir de um encontro que se dá com o nosso usuário através da realização de atividades, e ao olhar alguém realizar alguma atividade já estamos nos relacionando com ele, interferindo nesse fazer e estamos também sendo olhados. Sendo assim uma relação de interferência mútua.

Assim, Ferigato e Ballarin, (2011) consideram que o processo terapêutico se desenrola naturalmente a partir das necessidades, limitações e possibilidades apresentadas pelo sujeito em atendimento e de acordo com as técnicas e intervenções terapêuticas oferecidas pelo Terapeuta Ocupacional. Este é um processo que se estabelece a partir de um encontro de dois corpos atravessados pelo fazer. Não apenas os corpos anatômicos, mas também com sua potência, que vai além das condições dadas do nosso conhecimento. O processo terapêutico funciona como catalisador para os processos de mudança da vida ocupacional do sujeito.

Na infância, o processo terapêutico ocupacional ocorre numa relação intermediada pelo brincar e envolve ações direcionadas ao estabelecimento de um vínculo e de uma comunicação verbal e não verbal. Há uma busca pela integralidade das funções psíquicas,

sociais, cognitivas e sensório-motoras, e não só a recuperação do que não está adaptado. (Josué; Oliveira; Baldo, 2009)

1.2 Sobre o programa

De acordo com Josué, Oliveira e Baldo (2009), em 1987 deu-se a criação do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) Terapia Ocupacional em Saúde Mental. A criação do programa se deu em resposta às crescentes demandas do mercado de trabalho para terapeutas ocupacionais. Em paralelo a esta implantação, ocorre os movimentos de reflexão sobre a prática psiquiátrica e o grande avanço do Movimento da Luta Antimanicomial.

Os objetivos do PAP são promover o aperfeiçoamento do desempenho profissional, por meio do acesso a novos conhecimentos teóricos e com ênfase nas práticas específicas, estimular a visão crítica e abrangente do Sistema Único de Saúde, para desta maneira atuar diretamente na melhoria das condições de saúde dos usuários do SUS. (PAP, 2017)

O aprimoramento profissional em Terapia Ocupacional em Saúde Mental do Hospital das Clínicas acontece, dentre outros serviços, em um ambulatório de saúde mental, com atendimentos multiprofissionais. O aprimoramento tem duração de 12 meses, com foco em treinamento em serviço e formação teórica, com aulas, discussões clínicas, reuniões de equipe, supervisões, seminários e os atendimentos.

De acordo com Oliveira (1995 apud Josué; Oliveira; Baldo (2009) a formação dos aprimorandos parte da proposta que habilita o profissional para uso da atividade, onde se propicia a apropriação pelo paciente de seu processo de comunicação verbal, através da compreensão de sua ação. Promove o contato entre os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do indivíduo e possibilita a criação de um espaço para apropriação da intenção, sinais e significados que sua ação provoca.

A atuação junto ao programa utiliza-se de uma compreensão psicodinâmica do homem, que utiliza dos diferentes autores que têm sua bases nos fundamentos freudianos, tais como os conceitos kleinianos e winnicottianos para a realização de cada intervenção individual. (Josué; Oliveira; Baldo, 2009)

Para Matsukura (2001) no processo de terapia ocupacional psicodinâmica são abordados aspectos afetivos/emocionais e cognitivos, de forma integrada através da realização das atividades e da relação terapêutica estabelecida.

Assim, este presente estudo traz a experiência de uma terapeuta ocupacional aprimoranda do Programa Terapia Ocupacional em Saúde Mental, realizando as práticas em um ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, trazendo reflexões acerca da construção da identidade profissional e as vivências e dificuldades ao ser terapeuta ocupacional estando em relação com o outro vivenciando um processo de vinculação.

1.3 Vínculo

De acordo com o Novo Dicionário da Língua Portuguesa de Candido de Figueiredo (1913), vínculo significa “tudo que ata, liga ou aperta”.

Pichón (1998) traz que um vínculo é um tipo particular de relação de objeto. A relação de objeto é constituída por um estrutura dinâmica em contínuo movimento, o vínculo é algo diferente, ele inclui a conduta. o vínculo pode ser definido como uma relação particular com o objeto, tendo como consequência uma conduta.

Na relação terapeuta-paciente, o vínculo se faz necessário como primordial para que aconteça possibilidades de intervenções e transformações de vida.

Castro (2005, p. 15) considera que:

O outro interage conosco, responde ou não às nossas ações e, por sua vez, provoca respostas em nós. Nossa humanidade básica depende desse sentimento de ligação, desta experiência vincular. Um vínculo se estabelece através de um sistema de poderosas conexões – superfícies corporais, linguagem, olhares, sentimentos, fazeres, constância, intensidades, intimidade emocional, são algumas formas de sua manifestação. Na experiência do vínculo abre-se a possibilidade do paciente pensar em termos de si mesmo tomando iniciativa para atingir um objetivo. O paciente no interjogo do relacionamento tem a possibilidade de construir uma noção de si mesmo como autor de suas próprias ações e de suas ações tendo consequências previsíveis. Sente-se como agente numa cadeia causal de eventos. Ele experimenta repetidas vezes ações e tem respostas: o desejo, a ação, a execução, o objetivo – tudo isto acontecendo junto no vínculo forma momentos de criação mútua. Eles são a essência da convivência, do estar com outra pessoa, do estar e ser no social.

Acrescenta Jorge (1999 apud Oliveira 2013) que um vínculo pode ser definido como um relacionamento específico, único entre duas pessoas, que pode durar ao longo do tempo ou não permanecer. Embora seja difícil definir esse relacionamento duradouro ou não,

tomamos como indicadores dessas ligações humanas vários tipos de sentimentos e comportamentos, como olhar, atenção, abraço, empatia, simpatia e segurança interna e externa.

2. Objetivo

Trazer reflexões acerca da construção da identidade profissional e as vivências e dificuldades ao ser terapeuta ocupacional estando em relação com o outro vivenciando um processo de vinculação.

3. Metodologia

Este relato foi construído através das observações e análises dos atendimentos, observação da rotina do serviço, supervisões e reflexões das ações e posturas adotadas.

4. Desenvolvimento

De acordo com Oliveira (2013) discutir a formação do vínculo terapêutico é bastante complexo e subjetivo, pois fatores como os diferentes contextos vivenciados podem influenciar diretamente nessa formação e principalmente na qualidade do vínculo a ser estabelecido. E tão importante como a formação do vínculo é a manutenção do mesmo. Autora ainda acrescenta que o ser humano caracteriza-se pela sua multiplicidade e múltiplos também são os vínculos que se estabelecem, modificando-o ao longo da sua vida. Desde o nascimento, o ser humano se relaciona.

Refletindo sobre vínculo, penso nas minhas relações com meus os pacientes dos quais estou em contato.

A experiência prática até aqui como terapeuta ocupacional, desde a formação na graduação até agora com os atendimentos, sendo a TO responsável pelos casos, em conjunto com a supervisora, muitas sensações, percepções e sentimentos vem sido vivenciados.

Primeiramente, ao pensar no início do programa, com os primeiros atendimentos, a dificuldade e o desafio do primeiro contato, pensar a primeira atividade e a preparação

para que tudo pudesse acontecer e para tudo o que pudesse ocorrer. Como descrever o primeiro encontro, com um ser ainda em desenvolvimento, com inúmeras questões e sofrimento? Alguém que é conhecido (por enquanto) apenas por prontuários, só de fichas que descreviam seu quadro clínico, suas dificuldades nas relações, nas atividades de vida diária, e ainda, somado a isso, todas as questões que estão e fazem parte da terapeuta. Castro (2005) acrescenta que nos momentos iniciais dos atendimentos estão envolvidos vários aspectos relacionados à pessoa do terapeuta: a corporeidade, os sentidos, as percepções, as formas de expressão, a organização da escuta, os cuidados com os tempos e os espaços, as observações, as proposições teóricas e práticas, as experiências culturais, sua história de vida.

Pela estruturação do programa, os 2 ou 3 primeiros encontros são compostos pela entrevista com a família ou responsável pela criança/adolescente, e 2 ou 3 sessões de avaliação com o paciente (a depender do desenvolvimento das sessões) onde são feitas atividades escolhidas pela criança, atividades levadas pela terapeuta como atividades estruturadas, como jogos, atividade gráfica, com estruturação e regras.

Este primeiro encontro, onde a própria criança/adolescente escolhia o que fazer, após ser apresentado um armário cheio de opções, era o momento que eu podia ao menos, conhecer um pouco seu gosto, seus interesses e como se relacionaria comigo. No segundo atendimento, onde eu planejava uma atividade, gráfica, com regras, estruturada, pensava: me sentia mais insegura, como o outro reagiria com coisas eu levaria? Será que ele faria? Será que seria resistente e escolheria outra coisa?

Após esses encontros, em supervisão, eram feitos e discutidos o Diagnóstico Terapêutico Ocupacional (DTO) de cada caso. O DTO se caracteriza como o protocolo de avaliação do serviço.

Os itens avaliados eram neste diagnóstico são:

- Identificação (nome, data de nascimento, idade, série na escola)
- Queixa (queixa identificada pela família ou responsável, que também é composta pelo que a criança ou adolescente vê como problema)
- HMA história da moléstia atual (entrevista com os cuidadores) com tudo que há na história da criança, desde quando as queixas iniciaram, junto com os dados importantes

sobre a família, como histórico familiar, situação econômica, quantas pessoas há na casa, quais preferências alimentares e de brincadeiras, estilo parental etc.

- Funções Mentais (Global e Específica)
- Ocupações segundo AOTA (AVD, AIVD, Sono e descanso, Educação, Trabalho, Brincar, Lazer e Participação Social).
- Habilidades de desempenho: (Interação social, Motora, Processual (funções executivas
- Padrões de desempenho: (Hábitos, Rotinas, Rituais, Papéis).
- Relação com a atividade e com o terapeuta (Síntese dos encontros avaliativos)
- Conclusão
- Plano de Intervenção

A partir dessa avaliação e com o DTO, no qual era possível ver as necessidades e demandas, e com o plano de intervenção planejado para um ano, os atendimentos iniciaram.

Escolho falar sobre minhas percepções e sensações como terapeuta a partir de um caso atendido, de um pré-adolescente do sexo masculino, com 12 anos de idade. Nossos atendimentos duraram cerca de 9 meses.

Este caso foi escolhido, por ser inicialmente o caso que mais me assustava, mas o que mais mobilizou e me fez refletir sobre minhas ações e todo o processo vivenciado. As diferentes fases dos atendimentos me ajudaram a compreender todo o processo vivenciado.

Os atendimentos se iniciavam sempre em silêncio, com uma dificuldade de vinculação/comunicação entre paciente e terapeuta. Mesmo com esforços para estimulação do contato, a pré-adolescente se recusava a conversar (mesmo quando o contato era com perguntas consideradas simples como: o que você fez hoje?) recusava atividades (como jogos, atividades manuais) e a presença da terapeuta naquele espaço (em alguns momentos debocha de perguntas ou falas da terapeuta), procurando e tendo preferência por atividades que fossem feitas de formas mais solitário, como atividades gráficas. Considero como a primeira fase dos atendimentos, a fase da resistência do contato.

Durante os atendimentos que se seguiram, havia uma atividade específica analisada e compreendida que era possível perceber que o paciente se “isolava” e resistia a terapeuta

e a terapia em si: a atividade de escrever, que era chamada por ele de desenho. Nesta atividade, escrevia nomes de personagens de desenhos que assistia e jogos. A escrita era realizada de forma obsessiva, repetida diversas vezes, no mesmo atendimento e em assim diversas sessões. Em algumas sessões o paciente chegou a verbalizar “você pergunta muito”, o que me fez parar, refletir e questionar que eu pudesse estar sendo invasiva, invadindo seu espaço, sendo mais questionadora do que acolhedora. A dificuldade também era percebida em relação ao setting, pois o paciente desejava ir embora mais cedo, muitas vezes parecendo não querer estar lá por mais de 30 minutos, porém com manejo, na maioria das vezes conseguia permanecer os 50 minutos.

Passado um tempo, o perfil dos atendimentos mudou e a relação passou de resistência, para isolamento, acompanhada de atividades repetitivas pelo pré-adolescente onde ele não estava mais recusando minha presença, a sensação era de que ele sabia que eu estava lá, porém parecia não queria o contato, permitia que eu estivesse lá, mas preferia fazer as coisas sozinho. Comecei a participar, primeiro observando o que escrevia, o que me contava ou resistia em contar. Em um segundo momento, passei a escrever coisas também, ao mesmo tempo que ele, mas em folhas diferentes, colocando sobre meu cotidiano ou coisas de meu interesse, e com o tempo, ele passou a se interessar também pelo que eu fazia. Em alguns momentos respondia, mesmo que com respostas monossilábicas, como “não” “não sei” e “sim”.

Quando eu como terapeuta ficava muito angustiada, eu adotava uma postura muito questionadora, perguntando demais, querendo compreender o que ocorria. Na relação com o paciente, quando eu me tornava uma terapeuta questionadora e angustiada, penso que ele também ficava angustiado, mas ele tomava uma atitude silenciadora, o que me deixava mais angustiada, me paralisando durante os atendimentos, me fazendo questionar meu papel ali, me fazendo refletir o que eu poderia fazer naquela situação. Castro (2005) traz que neste processo, o terapeuta inevitavelmente cometerá erros, necessários e potencialmente de grande valor, pois ajudam o paciente no desenvolvimento de seus próprios modos de lidar com uma variedade de experiências e pessoas. Erros não se constituem como trauma ou uma tragédia. Terapeuta e pacientes têm a possibilidade de cuidarem bastante bem da situação, e no processo, novamente estarem prontos para uma nova interação. Jorge (1989) traz que na relação terapêutica Há dois grandes momentos: aquele que se passa na cabeça do terapeuta, ou seja, seus objetivos e percepção do que o cliente necessita e, um segundo, que é aquele que se passa na cabeça do paciente, ou seja,

a percepção de suas necessidades, e as fantasias que faz com relação ao contato com o profissional.

Tive que aprender como terapeuta, que o silêncio me dizia algo, aprendi a respeitar esse silêncio como parte dos atendimentos, da relação, fazia parte do próprio paciente, até mesmo olhando para seu cotidiano com sua família, onde parecia que nada era conversado com ele, nada lhe era perguntado, não havia estímulo para a comunicação. Acredito que os poucos, fui conseguindo entrar nesse universo tão resistente ao contato.

Oliveira, Josué e Baldo (2009) trazem que o aprimorando desenvolve um papel profissional de forma a perceber que o encontro terapêutico é uma relação dual, onde a presença de um, afeta o comportamento do outro.

Em um terceiro momento, percebo que conseguimos fazer mais coisas juntos, como desenhar, jogar (sendo jogos mais adequados para sua faixa etária), ele conseguia ainda que com dificuldade contar sobre seu fatos do seu dia a dia. Aos poucos, com supervisões, reflexões da prática e conseqüentemente uma mudança de postura da terapeuta, passando a ter mais escuta, sendo mais acolhedora, oferecendo um ambiente seguro sem tantos questionamentos e exigência (que eram da terapeuta), foi sendo possível perceber a formação de um vínculo, onde era possível estar naquele espaço, ter contato com atividades que lhe davam prazer, vivenciar novas atividades, podendo permitir espaços de criação, de estimulação da criatividade, de experimentação, de apropriação de seus sentimentos, dúvidas e desejos. experimentando e ultrapassando muitos limites antes impostos na relação e no seu próprio desempenho, um espaço onde ele pudesse questionar, pudesse falar sobre algumas questões difíceis e aparentemente confusas para ele, trazendo um outro perfil dos atendimentos, onde o pré-adolescente começou a permitir a presença da terapeuta, e interagir, ainda que de forma tímida, passando a aceitar com mais facilidade as propostas feitas pela terapeuta, como confecção de atividades manuais, desenhos compartilhados com a terapeuta e atividades de culinária. Lima (2004) traz que se o terapeuta não é capaz de olhar, mas apenas de ver, estará apto somente a fornecer diagnósticos para determinadas situações e, a partir deles, propor um plano de tratamento previamente estabelecido. Não será capaz de entrar num espaço de troca com seu usuário.

É possível refletir sobre estes momentos quando Castro (2005) traz que certas atitudes do terapeuta podem abrir todo um campo de experimentações para o paciente no qual ele

começa a vislumbrar novos horizontes, novas possibilidades de existir no mundo. O vínculo terapeuta-paciente faz um intenso convite para um envolvimento mais vigoroso terapeuta no campo vincular, muitas vezes é intuitivo e ganha formas e funções diversas e variadas. Penso aqui, que a quando foi oferecido a ele este ambiente mais seguro, uma sustentação, um holding, já descrito por Januário e Tafuri, (2011) a partir da teoria winnicottiana, o manejo clínico e é compreendida como *sustentação* — sustentam-se determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente. Significa oferecer um ambiente/*setting* que sustente e permita o processo de integração do sujeito. O paciente conseguiu abrir esses novos horizontes, ampliar quem ele era, qual seu lugar no mundo.

Nas sessões nas quais o paciente trazia suas questões familiares, era um momento de dificuldade, pois muitas questões também me tocavam, e me faziam entrar em contato com minhas questões, era preciso separar as questões que eram do paciente, e as questões que eram minhas. Separar suas dificuldades, demandas e necessidades, com as minhas necessidades.

Quando foi ofertado a ele atividades que pudessem possibilitar a criatividade, a contação de história e o estar junto da terapeuta, o paciente fez um bom aproveitamento, usando da criatividade, contação de histórias, criando personagens etc.

A Terapia Ocupacional não deve ser apenas um instrumento de intervenção para controle e eliminação do mal-estar psíquico, ela deve contribuir para que a vida coletiva e as existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativa e nós, terapeutas ocupacionais, facilitadores desse processo de transformação, devemos ser incansáveis criadores de possibilidades. (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Algo que em muitos momentos me deixava confusa e repensando o que estava acontecendo e como poderia fazer para melhor compreender. O paciente apresentava instabilidade de comportamentos em diversas sessões. Enquanto em uma sessão estava comunicativo, com boa interação, iniciativa e desenvolvimento e jogos e atividades. Na próxima semana, apresentava-se resistente, com postura opositora, tendo dificuldade de aceitar propostas e em se isolava da terapeuta. Com leituras e análises de prontuário foi possível perceber, mesmo após um tempo de relação e intervenções, esse movimento ainda acontecia.

Castro (2005) coloca que o terapeuta trabalha manejando a intensidade dos estímulos, acertando o pulso na possibilidade do paciente, construindo experiências compartilhadas de diferentes ritmos, de diversas qualidades, ajustando o próprio comportamento e ações a outras temporalidades, engendradas pelas potencialidades do paciente.

Complementa Pichón-Rivière (2007 apud Oliveira 2013) que a relação terapêutica constrói-se através da partilha, da troca, do diálogo entre as partes envolvidas, possibilitando a criação do vínculo. A terapia proporciona um leque de sensações e emoções dentro de um espaço relacional específico. O vínculo propicia um ambiente favorável para enfrentar as muitas adversidades, para suportar níveis altos de angústia e falta de sentido, constituindo-se como um dos elementos básicos do processo terapêutico.

O trabalho terapêutico ocupacional oferece uma oportunidade ímpar para que esse processo ocorra, nele, experiências vinculares anteriores do paciente poderão ser dinamizadas pela presença e pelas intervenções do terapeuta. Nesta relação, a observação atenta, a experiência do olhar, o olhar o rosto, o olhar os olhos, o contato, a escuta, complementada com a qualidade de atenção, acolhimento e presença, configuram campos de ações entre pacientes e terapeutas. No vínculo terapeuta-paciente desencadeia-se um contágio da excitação e uma vitalidade, coloca-se em andamento um processo, no qual pode ocorrer um ligeiro descompasso que desencadeia uma reação - ao permanecerem fora de sincronização paciente e terapeuta “incitam um ao outro” como num jogo de desvelamento, de revezamento, de interação social. (Castro, 2005)

A apropriação do setting, foi um movimento tanto do paciente quanto da terapeuta. Reconhecer aquele lugar e espaço, não apenas como uma sala reservada com horário marcado para acontecer um atendimento, mas um encontro de dois seres, um encontro onde eu teria que em muitos momentos deixar de lado minhas ansias, para ser a terapeuta que o paciente necessitava, estar disponível para ele e suas questões, com nossas construções, estar conectada a ele.

De início dos atendimentos, a ânsia de ser uma boa profissional, de ser “querida” pelo seu paciente estão muito presentes. Para cada caso atendido e acompanhado, era necessário ser uma terapeuta diferente, uma terapeuta diferente para cada paciente. Cada um com suas particularidades, suas dificuldades, seus desejos, suas demandas....então era necessário ser um TO que complementasse/atendesse as necessidades de cada um, não era possível ser a mesma. Não havia possibilidade de ser uma TO igual com todos os

pacientes, alguns tinham a necessidade de que a terapeuta emprestasse um pouco de si, de suas vontades e ações, outros já tinham muita volição, o que pedia que a terapeuta oferecesse uma continência.

Fazer atividades juntos, cada um com sua parte, fazer atividades separadas, ensinar como fazer, ser ensinado, apenas observar ou fazer enquanto o outro observa, são elementos e momentos importantes da relação terapeuta-paciente.

5. Considerações finais

Minha imersão na prática, desde os estágios para formação de terapeuta ocupacional, até aqui, já como profissional, em meu processo de estar com o outro, estar não apenas de corpo presente, não apenas com aquele horário agendado para o paciente, mas estar, estar disponível, estar para escutar, para acolher, para ser contingente, ser uma mostra de outra forma de relação, de vínculo, de possibilidade, proporcionou além de uma percepção maior sobre o paciente e uma percepção maior dele sobre si mesmo, proporcionou que eu enquanto pessoa e terapeuta olhasse para dentro de mim, fazendo a difícil tarefa de me analisar, de me questionar, de repensar minhas ações e abordagens.

Considero que pude me construir, desconstruir e reconstruir enquanto terapeuta ocupacional, começando a traçar meu perfil, minha forma de atuar, estimulando a reflexão e a visão crítica sobre todos os processos que foram vivenciados, tudo isso sendo possibilitado pelo encontro com o outro, pela presença que afetava e pelo vínculo.

6. Referências

- CASTRO, E. D. de. Inscrições da relação terapeuta-paciente. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 14-21, jan./abr., 2005
- Ferigato, S.; Ballarin, M. L. G. S. A alta em Terapia Ocupacional: reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida. **Cad. Ter .Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 3, p. 361-368, 2011
- FERNANDES, S. R. A transferência e a produção de um fazer criativo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 123-128, set./dez., 2006.
- JORGE, R. C. A relação terapeuta-paciente. Belo Horizonte 1º Edição - (1989) - Publicação independente.
- Josué, V.F. Oliveira, A.S. Baldo. E.T. O ambulatório de psiquiatria da infância: serviço de terapia ocupacional APQJ-TO do HCFMRP-USP. **In: Terapia Ocupacional: diferentes práticas em hospital geral/organizadoras Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Silvia Fabiana Biason de Moura Negrini.-** Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009.
- LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-8, maio/ago., 2004
- Marcolino TQ, Fantinatti EN. A transformação na utilização e conceituação. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. 2014 maio/ago.;25(2):142-50
- MARIOTTI, M.C. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jul-Dez 2009, v. 17, n.2, p 147-159
- MATSUKURA, T.S., Terapia Ocupacional em Psiquiatria Infantil, **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, ano 6, n.6, 2001.
- Patologia do vínculo. In: Pichon-Rivière, Enrique. **Teoria do Vínculo/**Enrique Pichon-Rivière; seleção e organização Fernando Taragano; tradução Eliane Toscano Zamikhowsky; revisão técnica Marco Aurélio Fernandez Velloso; Revisão Monica Stahel. - 6º ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1998. - (Psicologia e Pedagogia).
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Programa de Aprimoramento Profissional (PAP): MANUAL DE ORIENTAÇÕES DO APRIMORANDO. São Paulo, 2017. Disponível em: < <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/homepage/aceso-rapido/programa-de-aprimoramento-profissional/programa-de-aprimoramento-profissional-pap>> Acesso em 06/02/2018.
- Ribeiro M.B.S. Oliveira L.R. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.425-31, mar/ago 2005
- RIBEIRO, M. C. MACHADO, A.L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.
- VENTURA, M.M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**. 2007;20(5):383-386 setembro/outubro.

WACHHOLZ. S.M.S. MARIOTTI. M.C. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jul-Dez 2009, v. 17, n.2, p 147-159.