

Artigo de Reflexão/Ensaio

# A construção de sentidos sobre o que é significativo: diálogos com Wilcock e Benetton

*The meaning making of what is meaningful: dialogues with Wilcock and Benetton*

Ana Carolina Carreira de Mello<sup>a</sup> , Débora Ricci Diturib , Taís Quevedo Marcolino<sup>a</sup> 

<sup>a</sup>Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>b</sup>Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, Porto Ferreira, SP, Brasil.

**Como citar:** Mello, A. C. C., Diturib, D. R., & Marcolino, T. Q. (2020). A construção de sentidos sobre o que é significativo: diálogos com Wilcock e Benetton. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(1), 352-373. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1896>

## Resumo

Este ensaio buscou tecer relações em torno da construção de sentidos sobre o que é significativo como elemento relevante para o conhecimento e a prática da terapia ocupacional, por meio do diálogo com duas autoras, Ann Wilcock, com sua Perspectiva da Natureza Ocupacional da Saúde, sustentada na perspectiva paradigmática da ocupação como promotora de bem-estar e saúde, e Jô Benetton, com seu Método Terapia Ocupacional Dinâmica, apoiada na perspectiva paradigmática da terapia ocupacional, do tratar por meio de ocupações/atividades. O que é significativo pode ser considerado atrelado ao conceito de saúde que cada uma propõe: Wilcock e sua ênfase na ocupação significativa, em oposição a uma disfunção ocupacional; e Benetton, com foco na saúde qualificada pelo sujeito-alvo das intervenções em terapia ocupacional como o que lhe traz bem-estar e o ajuda a agir no mundo. Esperamos contribuir para o debate em torno dos conceitos que sustentam intervenções em terapia ocupacional, em uma reflexão sobre o processo de construção de sentidos nas intervenções de terapia ocupacional.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Epistemologia, Saúde, Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

## Abstract

This essay sought to weave a dialogue around the meaning of what is meaningful as a relevant element for Occupational Therapy knowledge and practice, through the dialogue with two authors, Ann Wilcock, in her Perspective of the Occupational Nature of Health, sustained in an occupation paradigmatic perspective, in which the occupational promotes well-being and health, and Jô Benetton, with her Dynamic Occupational Therapy Method, supported in

Recebido em Fev. 13, 2019; 1ª Revisão em Ago. 16, 2019; Aceito em Out. 6, 2019.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

occupational therapy paradigmatic perspective, as a treatment by occupations/activities. What is meaningful can be considered linked to the concept of health that each one proposes: Wilcock and her emphasis on meaningful occupation, as opposed to an occupational dysfunction; and Benetton, focusing on what the target individual of occupational therapy interventions qualifies as healthy and helps him/her to act in the world. We hope to contribute to the debate around the concepts that support interventions in occupational therapy, reflecting on the process of meaning-making in occupational therapy interventions.

**Keywords:** Occupational Therapy, Epistemology, Health, Health Knowledge, Attitudes, Practice.

## 1 Introdução

Mas minha mãe costurou a vida inteira! E a minha cuidou do jardim a vida inteira! E cozinhou, e viajou, e ensinou... [...] Familiares angustiados, bravos, descontentes e apreensivos, que não compreendiam por que seus entes não realizavam mais as atividades que fizeram com esmero e dedicação grande parte de suas vidas. [...] Mas... E se o que talvez fosse um sintoma para as famílias e para instituição, estivesse constituindo um *novo sentido*? (Mello, 2019, p. 13).

Não foi para ocupar as pessoas que a terapia ocupacional surgiu como uma nova profissão no início do século XX. Antes disso, diferentes teorias em conjunto com movimentos políticos e sociais se integraram para fundamentar e articular o contexto de seu surgimento. Desde a Antiguidade, em diferentes lugares, já realizavam tratamentos por meio das ocupações. A ideia de que “[...] é mais saudável fazer uma atividade do que o são as fantasias ou invenções” (Benetton, 1991, p. 19) sustenta o fundamento mais tradicional e popular da profissão. Entretanto, não havia até então uma disciplina que agrupasse os saberes emergentes dessas práticas. De forma gradativa, devido à evidência científica no contexto médico-clínico, a ocupação começa a ser cada vez mais validada como uma forma de tratamento e, embora situada no contexto da saúde, a terapia ocupacional também surgiu de algumas práticas sociais (Morrison, 2018).

Nos Estados Unidos do século XX, o desenvolvimento econômico e o Movimento Higienista permitiram a ampliação do mercado de trabalho existente, bem como a criação de novas profissões da saúde – contexto no qual surge a terapia ocupacional. Eleanor Clarke Slagle, importante personagem dessa história, foi responsável pela criação da primeira técnica da profissão denominada Treinamento de Hábitos, que serviu como um dos primeiros fundamentos para a terapia ocupacional (Benetton, 1991; Benetton & Varela, 2001; Melo, 2015; Morrison, 2018).

O trabalho de Slagle foi influenciado pelo psiquiatra norte-americano Adolph Meyer, que propunha um tratamento inovador para a época ao defender que as doenças mentais seriam representações de diversos padrões de reação, uma vez que as

vivências e as histórias de vida eram sempre singulares, contextualizadas e pessoais. A aposta de Meyer era de que os doentes mentais deveriam viver com suas famílias e inseridos na comunidade. Ele pregava a necessidade de profissionais específicos no tratamento que, por meio de ocupações terapêuticas – com sentido e integradas à história de vida do paciente –, possibilitassem o desenvolvimento de habilidades para que os doentes pudessem lidar melhor com as exigências ambientais e adquirissem mais recursos para conviver em sociedade (Meyer, 2014).

Antes de conhecer Adolph Meyer, no entanto, Slagle foi voluntária na *Hull House*. Fundada em Chicago no ano de 1889, pelas socialistas e ativistas sociais Jane Addams (1860-1935) e Ellen Gates Starr (1859-1940), a instituição foi o primeiro assentamento (*settlement*) de imigrantes oriundos de diversas partes da Europa e possibilitou a expansão da participação social das mulheres, por meio da consolidação de sua força política. De forma gratuita, atividades culturais e educacionais eram desenvolvidas na *Hull House*, promovendo a convivência entre os voluntários de classe média – em sua maioria mulheres – e as famílias trabalhadoras de baixa renda, facilitando a aproximação entre ricos e pobres (Camargo, 2010; Melo, 2015). Esse cenário guarda as raízes da terapia ocupacional, sustentando o caráter social, crítico e comunitário da profissão (Morrison et al., 2011; Morrison & Vidal, 2012).

Slagle também trabalhou na Clínica Henry Phipps, na qual elaborou o programa Treinamento de Hábitos, por meio do qual propunha “[...] uma abordagem constituída pela observação/captação de qualquer indício de atitude e/ou conduta saudável que possibilitasse a motivação de uma nova ação”, em um programa balanceado de hábitos de trabalho, descanso e lazer (Benetton & Varela, 2001, p. 32).

Avançando em relação às propostas da época, Slagle preconizou que as atividades fossem utilizadas terapêuticamente para suplantiar, alterar e produzir novos hábitos em pacientes graves, com o objetivo de restaurar e manter o bem-estar.

Ao se distanciar do tratamento das doenças e de seus sintomas, Slagle se dedicou a cuidar dos aspectos que levassem os sujeitos a fazer. Não se tratava de uma ação qualquer, pois ela precisava ter valor para o sujeito, ser significativa e estar integrada à sua história de vida (Meyer, 2014). Desse modo, a ação, a atividade e a ocupação precisavam ser significativas, possuírem valor para o sujeito em sua história.

Nas raízes da profissão, duas ideias principais se destacaram: a da ocupação como provedora de bem-estar e significado na vida – fortemente desenvolvidas pela ciência ocupacional; e a de tratar pelas ocupações, para ir ao encontro do que é significativo na vida (Kielhofner & Burke, 1977). Mason & Conneeley (2012), apoiando-se nas proposições da terapeuta e cientista ocupacional Ann Wilcock, afirmam que os seres humanos têm uma profunda necessidade de significado, de modo que a ocupação se constitui como uma fonte primária para sua obtenção. Nessa perspectiva, a busca por ocupações significativas faz parte da natureza humana (Blesedell et al., 2003; Csikszentmihalyi, 1997), e realizá-las pode fornecer estrutura à vida e significado aos indivíduos (Blesedell et al., 2003).

Wilcock (2003), por sua vez, reflete que o fundamento das ocupações significativas é desvalorizado em função de sua natureza cotidiana e sugere que o desejo de se envolver em ocupações seja um mecanismo fisiológico, que impulsiona e traga satisfação às pessoas ao atender suas necessidades básicas e desenvolver seus potenciais. Assim, das ações inerentes e básicas da terapia ocupacional, destaca-se a “[...] ocupação significativa:

fazer bem, estar bem e ser o melhor que se pode ser, o melhor que podemos nos transformar é essencial para a saúde” (Wilcock, 1999, p. 9, tradução nossa).

Entretanto, trabalhar na perspectiva da terapia ocupacional – e não da ciência ocupacional – implica em intervenções com atividades/ocupações em um processo singular de cuidado, centrado na pessoa e em seu contexto. Intervenções que propiciem que os sujeitos-alvo de intervenções de terapia ocupacional, usualmente mais reconhecidos pelo que não fazem ou por aquilo que vai ao encontro da doença e não da saúde (Moraes, 2008), possam *fazer bem, estar bem e ser o melhor que se pode ser, e o melhor que se pode tornar*.

A construção de sentidos (*meaning making*) aparece como um elemento chave para o processo terapêutico em terapia ocupacional. A construção de sentidos está presente tanto no raciocínio clínico da(o) terapeuta ocupacional – que é narrativo e busca pela compreensão dos sentidos do outro – como nos sentidos a serem construídos com os sujeitos das intervenções, de modo a construir uma história na qual eles se tornem mais ativos em suas vidas (Crabtree, 1998; Chapparo & Ranka, 2008; Mattingly & Fleming, 1994; Mattingly, 1998).

Mezirow (1991), em sua Teoria da Aprendizagem Transformadora, propõe que distorções nas perspectivas de significado podem ocorrer quando uma pessoa experimenta uma crise que transtorna e/ou transforma sua vida, desafiando suas perspectivas pessoais, que passam então a configurarem-se como barreiras para uma nova aprendizagem. O processo de resolução das perspectivas de significado distorcidas exige que o indivíduo se envolva em autorreflexão crítica, para que redefina tais perspectivas particulares de significado, em que a transformação leve a novas aprendizagens que apoiem a mudança pessoal (Dubouloz et al., 2008; Mezirow, 1998).

Para tanto, compreender o sentido dessas construções sustenta-se em um processo interpretativo: o que se percebe ou se deixa de perceber, o que se pensa ou se deixa de pensar são aspectos cruciais que influenciam crenças, atitudes e as hipóteses que estruturam esse processo interpretativo (Mezirow, 1991). Essa habilidade é uma das habilidades mais valorizadas pelos terapeutas ocupacionais, pois envolve interpretar as ações no universo de valores, crenças e expectativas da pessoa, para que tais observações e informações possam se incorporar à construção de uma história terapêutica que faça sentido (Mattingly, 1991, 1998).

Mattingly (1998), sustentando-se na tradição hermenêutica do filósofo Gadamer, propõe que as experiências significativas são experiências poderosas, que incluem um senso de unidade ao considerar que algo aconteceu e que é diferente de um tempo sem marcas. A experiência é construída de forma ativa e, dessa maneira, ao agir, pode-se redefinir o que se deseja, mudando a orientação teleológica em prol de um futuro diferente – o que abre espaço para construções de novos sentidos, na medida em que tal experiência significativa se apresenta.

Nesse trabalho de ir em busca da construção de experiências significativas, e não simplesmente de atingir os objetivos da maneira mais eficiente possível, “[...] o terapeuta trabalha para fazer da terapia um tempo que é sobre um ‘tornar-se’, sobre a transformação” (Mattingly, 1998, p. 64). A terapia ocupacional será utilizada como catalisador, no sentido de auxiliar o paciente a fazer por si mesmo (Mattingly, 1991).

Nessa trajetória, as atividades e exercícios intencionam potencializar ou desenvolver as habilidades, e se colocam como meios para a construção dessas experiências

significativas, por meio das quais o sujeito possa construir um sentido que possibilite sua ação para ir ao encontro do que é importante na vida (Mattingly, 1998). Mattingly (1998) propõe que os sentidos não repousam na experiência em si, de modo que para desvelar o sentido emergente é necessário reconhecer:

[...] o que pode ser apreendido pelo que é da cultura, do discurso e dos sentidos públicos compartilhados, mas, principalmente, pelo que é contextual, pelo que é não-verbal, além de necessitar de meios para interpretar os sentidos privados, a paisagem interna dos motivos, desejos, crenças e emoções particulares (Mattingly, 1998 apud Marcolino, 2012, p. 16).

Assim, buscamos descrever duas perspectivas paradigmáticas sobre as quais repousam propostas de terapia ocupacional: a que busca sustentar a terapia ocupacional nos benefícios da ocupação significativa, e a que sustenta a profissão na ideia de tratar com atividades/ocupações em busca da construção de sentidos sobre o que é significativo. Elegemos uma autora de cada perspectiva para buscar ampliar o diálogo e identificar potências e tensionamentos com a terapia ocupacional em torno da temática da construção de sentidos.

Uma das autoras mais utilizadas internacionalmente para pensar as ocupações significativas na terapia ocupacional e na ciência ocupacional (Leufstadius, 2018; Ekelman et al., 2017; Lal et al., 2013; Mason & Conneeley, 2012; Cipriani et al., 2010; Harmer & Orrell, 2008) é a inglesa Ann Wilcock, com sua *Occupational Perspective of Health* (OPH) (Wilcock, 1999, 2001a, 2001b, 2006, 2007).

No Brasil, Jô Benetton, com seu Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), vem se dedicando ao estudo das evidências clínicas dos procedimentos e técnicas nas intervenções em terapia ocupacional que favoreçam a inserção social de seus sujeitos-alvo. Uma das técnicas mais conhecidas do MTOd são as Trilhas Associativas, técnica que favorece a construção de sentidos pelo sujeito, no diálogo com a(o) terapeuta ocupacional e com as atividades realizadas (Benetton, 1991; Marcolino & Fantinatti, 2014).

Nessa direção, buscaremos apresentar as principais contribuições de cada autora para, posteriormente, construir um diálogo na expectativa de desvelar possíveis conexões e distanciamentos entre suas obras, em uma reflexão sobre o processo de construção de sentidos nas intervenções de terapia ocupacional.

## **2 OPH: Ser, Fazer, Transformar-se e Pertencer Como Dimensões Integradas da Ocupação Significativa**

A *Occupational Perspective of Health* (OPH<sup>1</sup>), de Ann Wilcock, desenvolveu-se em um cenário de crescente necessidade das(os) terapeutas ocupacionais mergulharem nas águas desconhecidas das ideias e conceitos próprios da profissão (Yerxa, 2000). Esse movimento resultou no desenvolvimento de modelos conceituais práticos e teóricos que se propuseram explicar o poder único que o engajamento na ocupação significativa e intencional tem sobre a saúde humana (Hitch et al., 2014a).

---

<sup>1</sup>Optou-se por manter a sigla na língua inglesa, por ser a original.

Como cientista ocupacional e terapeuta ocupacional, Wilcock realizou uma investigação histórica sobre a ocupação e sua relação com a saúde e o bem-estar, passando a compreender a ocupação como mecanismo biológico natural para a saúde, em que “[...] fazer ou não fazer são poderosos determinantes de bem-estar ou doença” (Wilcock, 1999, p. 3).

Eu me descrevo como uma cientista ocupacional, bem como uma terapeuta ocupacional. Ao longo da última década, desenvolvi uma visão da natureza ocupacional dos seres humanos como resultado de uma investigação histórica sobre a relação entre ocupação e saúde (Wilcock, 1999, p. 1, tradução nossa).

Sustentando-se na perspectiva da natureza ocupacional dos seres humanos, Ann Wilcock propôs a teoria da OPH com objetivo principal de abordar a saúde ocupacional das populações em geral, pautando-se na compreensão de que ocupação são “[...] todas as coisas que as pessoas fazem, as relações do que fazem com quem são como seres humanos” (Wilcock, 1999, p. 10, original em inglês, tradução nossa). A OPH compreende também que o engajamento nas ocupações envolve um processo sofisticado, composto por elementos perceptíveis e claros – o desempenho, e por elementos mais invisíveis – o relacionamento.

Os conceitos centrais que a OPH propõe para compreender a ocupação – *Fazer, Ser, Transformar-se e Pertencer* ou *Doing, Being, Becoming e Belonging* – foram assumidos no discurso de ambas as disciplinas (Hitch et al., 2014a). Na literatura da terapia ocupacional, esses conceitos estão presentes antes mesmo do desenvolvimento da OPH e as primeiras referências foram feitas há mais de quarenta anos, estando presentes desde a obra de Fidler e Fidler, nas décadas de 1960 e 1970. Utilizando-se do método de história de ideias, Wilcock realizou uma extensa revisão do desenvolvimento histórico desses conceitos, considerando inclusive suas origens milenares e compreensões culturais mais gerais como parte do processo de desenvolvimento de sua teoria, publicada em dois volumes (Wilcock, 2001a, 2001b).

*Fazer, Ser e Transformar-se* estavam nas primeiras duas publicações e *Pertencer* foi introduzido em artigo posterior (Hitch et al., 2014a). Na OPH, esses conceitos são compreendidos como dimensões da ocupação, e vêm se modificando desde a proposta original. A autora destacou a interdependência dessas dimensões, afirmando que as divisões possuem apenas fins didáticos com o propósito de favorecer a compreensão diante da complexidade de uma perspectiva ocupacional de saúde (Wilcock, 2006).

*Fazer (Doing)* tem sido uma característica central da terapia ocupacional desde seu início, estando intimamente relacionada à ideia de *fazer coisas com pessoas*, conceito que predomina no discurso profissional (Molineux & Baptiste, 2011; Hitch et al., 2014a).

As pessoas passam suas vidas quase constantemente envolvidas em “fazer” intencionalmente, mesmo quando livres de obrigação ou necessidade. Elas “fazem” tarefas diárias, incluindo coisas que acham que devem fazer, e outras que desejam [...] (Wilcock, 1999, tradução nossa).

Cutchin et al. (2008) apontam que Wilcock não definiu de forma categórica o *Fazer* e que tem recebido críticas pela não teorização do conceito. Definições advindas da prática relacionam-se à participação em atividades de trabalho, atividades escolares, de autocuidado e lazer (Forhan, 2010). Entretanto, Wilcock (2006) advertiu que classificações do *Fazer* podem impedir uma abordagem holística ao seccionar experiências de forma arbitrária, gerando categorias artificiais.

Hitch et al. (2014a, 2014b), após realizarem uma análise crítica das quatro dimensões da ocupação propostas por Wilcock, debruçaram-se na tarefa de elaborar entendimentos mais claros desses conceitos, de forma a acrescentar maior profundidade à nossa compreensão. Tais autores reconhecem tais conceitos como provisórios, tanto pelo caráter complexo da ocupação como pelas inovações na pesquisa e na prática clínica que, somadas aos estudos de outras disciplinas, continuarão a modificar a compreensão dessas dimensões.

Assim, *Fazer* foi definido como o meio pelo qual as pessoas se envolvem em ocupações, e inclui as habilidades necessárias para sua realização e desenvolvimento ao longo do tempo. *Fazer* implica estar engajado em ocupações que sejam pessoalmente significativas, mas não necessariamente intencionais, saudáveis ou organizadas; requer envolvimento ativo, de maneira mais evidente (como nos movimentos físicos) ou de modo tácito (mental, espiritual), em um entendimento que não desconsidera ou exclui o que é sedentário ou mental, da ordem dos pensamentos e reflexões. Então, *Fazer* é muito mais do que apenas adquirir os requisitos para a sobrevivência (Wilcock, 2006) e segue padrões bastante semelhantes em toda a população, de modo que os seres humanos são capazes de adaptar seu *Fazer* conforme suas necessidades e circunstâncias (Hitch et al., 2014a).

A dimensão *Ser* (*Being*) é utilizada em três sentidos no discurso da terapia ocupacional (Hitch et al., 2014a). O primeiro é “ser como essência”, definição mais próxima da descrição proposta por Wilcock que, assumindo postura mais filosófica, reflete que *Ser* é “[...] como as pessoas se sentem sobre o que fazem” (Wilcock, 2006, p. 113). *Ser* como essência seria uma dimensão puramente psicológica/filosófica/espiritual, o que fez com que a OPH recebesse algumas críticas, por ser excessivamente existencial (Aldrich, 2011; Cutchin et al., 2008).

*Ser* é sobre ser fiel a nós mesmos, à nossa natureza, à nossa essência e ao que é distintivo sobre nós trazermos para os outros como parte de nossos relacionamentos e para o que fazemos. *Ser* neste sentido requer que as pessoas tenham tempo para se descobrir, pensar, refletir e simplesmente existir (Wilcock, 1999, p. 5, tradução nossa).

O segundo sentido de *Ser* é “ser como entidade”; ser ocupacional e ser humano, (George et al., 2001; Henare, 2003) em que o ser ocupacional pode ser compreendido com base em quem nós entendemos que somos (Hitch et al., 2014a). Papéis ocupacionais que têm valor social são frequentemente experimentados como particularmente motivadores e significativos, o que destaca a importância da congruência entre papéis significativos e engajamento ocupacional (Hitch et al., 2014a). Wilcock (2006) discutiu o papel essencial das capacidades e habilidades pessoais para motivar e dirigir o envolvimento ocupacional, definindo as capacidades

como “[...] o potencial inato e talvez não desenvolvido, aptidão, habilidade, talento, característica ou poder com que cada indivíduo é dotado” (Wilcock, 2006, p. 117, tradução nossa).

O terceiro sentido do *Ser* é “ser como existente”, relaciona-se a um tema forte em torno da necessidade de espaço e tempo para apenas “ser”. Wilcock (2006) referiu-se ao *Ser* como autodescoberta, pensamento e reflexão, e “ser como existente”, relacionando-o com a experiência vivida. Sua discussão sobre o *Ser* repousa sobre a consciência e a criatividade. A experiência subjetiva da consciência – percepção interior de sua existência e percepções externas – foi considerada necessária para se engajar em um comportamento ocupacional complexo. A criatividade é assumida tanto como uma capacidade inata que reside dentro de todos quanto como um condutor de necessidades biológicas de expressão (Wilcock, 2006). A resolução de problemas, o brincar e a inovação são exemplos de criatividade na ocupação.

Desse modo, ao analisarem a obra de Wilcock, Hitch et al. (2014a), propuseram a definição do *Ser* como o sentido que possuímos como profissionais e humanos, incluindo os significados que investimos na vida, nas capacidades e habilidades físicas, mentais e sociais únicas. A ocupação pode fornecer uma direção e um foco para o *Ser*, que também continua existindo durante a reflexão e a autodescoberta, de forma independente da ocupação. *Ser* é expresso por meio da consciência, da criatividade e dos papéis que as pessoas assumem na vida. Em um contexto ideal, os indivíduos seriam capazes de exercer autogestão e escolha em sua expressão de *Ser*, mas nem sempre isso é possível ou mesmo desejável.

*Transformar-se* caracteriza-se por ser um conceito relacionado à mudança e ao desenvolvimento. Na literatura da terapia ocupacional, correlaciona-se com mudanças nos relacionamentos terapêuticos, sendo também uma progressão contínua na vida de uma pessoa.

Um significado de dicionário de *Transformar-se* como um substantivo é ‘...como um vir a ser’ (Landau, 1984). Isso aumenta a noção de senso de futuro, embora de muitas maneiras o *Transformar-se* seja dependente do que as pessoas fazem e são no presente e na nossa história, em termos de desenvolvimento cultural (Wilcock, 1999, p. 5, tradução nossa).

De modo similar à dimensão *Ser*, *Transformar-se* reflete o autoconceito da pessoa, a autocriação e o desejo de experimentar competência, eficácia e suas consequências (Wilcock, 2006). Ao contrário das outras dimensões, Wilcock forneceu uma definição desse conceito: “*Transformar-se* (de alguma forma diferente), crescer, criar algo para vir a ser” (Wilcock, 2006, p. 148, tradução nossa), descrevendo um processo perpétuo de mudança, impulsionado por metas em evolução que inspiram, orientam e auxiliam o engajamento ocupacional.

Na compreensão proposta por Hitch et al. (2014a), *Transformar-se* é o contínuo processo de crescimento, desenvolvimento e mudança que afeta uma pessoa ao longo de sua vida. É dirigido por metas e aspirações que surgem por escolha ou necessidade do indivíduo ou de grupos. Nessa direção, mudanças e revisões regulares dos objetivos e anseios auxiliam a manter o ímpeto de *Transformar-se*, assim como experimentações de desafios e novas situações.



A discussão de Wilcock sobre o *Transformar-se* considera como alvo o maior potencial de uma pessoa e o melhor resultado possível. Entretanto, a autora pondera que nem sempre isso pode ocorrer e que as lacunas entre os objetivos de uma pessoa e as conquistas reais podem ser dolorosamente evidentes. *Transformar-se* em um novo eu envolve reações e ajustes constantes para os indivíduos, seus familiares, amigos e até para a rede social mais ampla (Pickens et al., 2010). Essas transições podem ser saudáveis ou não, independentemente de a pessoa ter uma doença ou deficiência (Hitch et al., 2014a).

A dimensão *Pertencer* é complexa nessa proposta teórica, pois seu surgimento e integração ocorreram em momento posterior, na segunda edição (Wilcock, 2006), sendo brevemente mencionada e não analisada de forma mais ampliada, como as outras dimensões (Fristedt et al., 2011). Em sucinta descrição, Wilcock (2007) relacionou o *Pertencer* com as relações interpessoais das pessoas, com o elemento contextual: das conexões das pessoas umas às outras e do lugar dessas relações na saúde. Dessa forma, *Pertencer* relaciona-se à interação social, ao apoio mútuo e à amizade, ao senso de inclusão e à autoafirmação ou ao reconhecimento positivo de si em relação aos outros (Hammell, 2004; Lexell et al., 2011; Pickens et al., 2010).

A reciprocidade também é importante para *Pertencer*: dar e receber, compartilhar e contribuir (Molineux & Baptiste, 2011). Entretanto, a reciprocidade não foi um elemento de relações interpessoais para Shank & Cutchin (2010), que afirmam que *Pertencer* refere-se apenas a um sentimento de ser parte de algo maior que a si mesmo.

Hitch et al. (2014a) compreendem *Pertencer* na obra de Wilcock como um senso de conexão com outras pessoas, lugares, comunidades, culturas e tempos. É o contexto no qual ocupações ocorrem, nos quais a pessoa pode experimentar várias formas de pertença ao mesmo tempo. Para tal, relacionamentos são essenciais – seja com pessoas, lugares, grupos ou outros fatores – e o sentimento de reciprocidade e compartilhamento está presente, seja ele positivo ou negativo.

### **3 MTOD: a Historicidade do Que Foi Vivido na Relação Triádica para Desvelar o Que é e o Que Se Torna Significativo**

O processo de construção da teoria da técnica conduzido por Jô Benetton iniciou-se em meados da década de 1970 e culminou no que hoje se conhece como Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Ao colocar a prática em terapia ocupacional como objeto de estudo, a autora buscou construir teorias explicativas dos fenômenos da prática e metodologias que pudessem sustentar a assistência, o ensino e a pesquisa em terapia ocupacional (Benetton, 1994; Benetton & Marcolino, 2013).

O MTOD foi construído na perspectiva paradigmática da terapia ocupacional, pois alinha-se à proposta de Slagle de cuidar da saúde (dos hábitos) e não da doença e seus sintomas (como em um paradigma médico), nem da funcionalidade (como no paradigma da reabilitação) (Benetton, 2005), como pode ser visto na Tabela 1 a seguir.

**Tabela 1.** Fundamentos do MTOD calcados no paradigma da terapia ocupacional.

<b>Treinamento de Hábitos</b>	<b>MTOD</b>
Mudança de hábitos	Ampliação e eventual construção de cotidiano
Sujeito-alvo/ doentes	Sujeito-alvo com necessidades e/ou desejantes
Saúde	Saúde
Atividade	Atividades
Reinserção Social	Inserção Social
Treino e personalidade da terapeuta	Formação da terapeuta
Reeducação	Educação

Fonte: Benetton & Marcolino (2013, p. 646).

As proposições teórico-conceituais e metodológicas do MTOD oferecem um caminho, uma estrutura para se pensar as ações em terapia ocupacional com vistas a promover a inserção social de pessoas que, por diversas razões, não conseguem realizar suas atividades e participar da vida social. Em seu núcleo central está a dinâmica da relação triádica, formada pelo movimento dos três termos (terapeuta ocupacional, sujeito-alvo e atividades) em ação, de modo que os procedimentos da(o) profissional ocorrem em resposta à análise desses movimentos dinâmicos, refletindo e atuando de modo a ampliar as possibilidades de ação para o sujeito-alvo (Marcolino & Fantinatti, 2014).

Nesse referencial, as atividades são conceituadas como o terceiro termo da relação, estando indissociadas dos demais termos – terapeuta ocupacional e sujeito-alvo. Além disso, as atividades são definidas como instrumento, o que possibilita “[...] a flexibilidade e a multiplicidade de maneiras com que podem ser clinicamente manejadas” (Benetton & Marcolino, 2013, p. 647) e o reconhecimento de seu potencial para a ampliação de espaços saudáveis (Benetton, 2008).

O campo experimental possibilitado pelo fazer atividades em uma relação triádica viabiliza um espaço para subjetividade, que torna possível ao sujeito fazer escolhas, construir, destruir, como também demonstrar seus afetos, desejos e expectativas. Por meio da relação singular do sujeito com aquilo que necessita ou deseja realizar em seu cotidiano, objetiva-se modificar a posição de exclusão em que este se encontra (que o mantém paralisado na vida). Adota-se uma perspectiva social ampliada, trilhada e orientada para a ampliação de espaços saudáveis em seu cotidiano – identificados pelo que vai sendo experimentado e considerado que traz bem-estar.

As atividades que ampliam os espaços saudáveis no cotidiano permanecem e vão sendo ampliadas – apesar das doenças, deficiências ou quaisquer condições desfavoráveis (Benetton & Marcolino, 2013). Esse é o conceito de saúde para o MTOD, um conceito sustentado na busca pelo que é qualificado pelo sujeito como o que lhe traz bem-estar e o que lhe favorece agir no mundo.

O processo terapêutico para o MTOD inclui momentos de diálogo entre terapeuta ocupacional e sujeito-alvo sobre suas atividades, um espaço para analisar o que vai sendo vivenciado, de modo a auxiliar o processo de construção de sentidos, pois “[...] é no acontecer da terapia ocupacional, na relação terapeuta-paciente, que as indicações ou escolhas de atividades devem encontrar seus significados” (Benetton, 1994, p. 100). Trata-se de um processo sempre aberto e dialético, no qual a(o) terapeuta ocupacional

pode pontuar suas percepções sobre o sujeito-alvo, suas observações sobre seu modo de ser, de fazer e de se relacionar.

Assim, as atividades não assumem características significativas *a priori*, podem até possuir significados pragmáticos diretamente relacionados ao motivo pelo qual foram feitas, mas o processo de construção de sentidos sobre o que é significativo, no MTOD, demanda uma temporalidade narrativa (Mattingly, 1998). Uma das principais habilidades para favorecer o processo de construção de novos sentidos, para que o sujeito possa reformular sua “[...] inatividade ou descrença” (Benetton, 1994, p. 75), é a capacidade da(o) terapeuta ocupacional de trabalhar com uma memória associativa.

Trata-se de um processo de raciocínio que busca estabelecer conexões entre diferentes informações. Tais informações abarcam o que o sujeito-alvo diz, observações da(o) terapeuta ocupacional sobre o que e como o sujeito-alvo faz, os afetos que circulam na relação triádica, e demais informações provenientes de diversas fontes (diagnósticos de outros profissionais que o acompanham, conversas com a família, amigos) – acessadas sempre de forma respeitosa e de modo combinado com o sujeito-alvo.

Esse processo é o que se denomina no MTOD de diagnóstico situacional. Trata-se de um processo constante, que reúne, descreve e analisa informações disponíveis, levantando hipóteses sobre a posição que o sujeito ocupa em relação à condução de sua vida e participação social – qual sua posição de exclusão social, ou qual sua inserção social, o que parece estar paralisando o sujeito na realização de atividades em seu cotidiano e o que parece que favorece sua ação.

A percepção do sujeito-alvo sobre seu fazer é um dos muitos aspectos a serem considerados nessa análise, pois Benetton (1994) identificou que fazer atividades não é o suficiente para que o sujeito se torne mais ativo na vida. É preciso que se promova uma integração entre seu fazer e seu pensar.

Assim, embora a construção de sentidos no MTOD ocorra durante todo o processo, é por meio da técnica analítica específica denominada Trilhas Associativas, que os significados podem mais bem ser desvelados, construídos e transformados (Benetton, 1991, 1995; Benetton & Marcolino, 2013). A técnica Trilhas Associativas foi sistematizada pela primeira vez na pesquisa de mestrado de Benetton (1991) e favorece na análise o que foi vivido na relação triádica, tomando-se as atividades como elementos norteadores desse processo.

Para realização das Trilhas Associativas, é preciso agrupar as atividades com base nas características e ideias propostas pelo sujeito-alvo. Na sequência, os entendimentos e compreensões são compartilhados, de modo que sujeito e terapeuta ocupacional possam conversar, buscando convergências e divergências nas percepções e opiniões de cada um. A terapeuta ocupacional pode propor uma nova organização ou agrupamento, considerando as hipóteses que construiu ao longo do processo terapêutico, oportunizando ao sujeito-alvo refletir sobre sua proposta – para validá-la ou não, abrindo-se então um espaço para que os sentidos comecem a ser construídos, possibilitando o surgimento de novos valores, ideias e percepções (Benetton, 1991; 2000).

A narrativa originada da análise propiciada pelas Trilhas Associativas é da ordem da historicidade, pois é permitido a cada participante analisar sua participação, as aquisições demarcadas pelas atividades, e tudo o mais que elas carregam consigo – toda

a objetividade e a subjetividade de seu processo de realização. Além disso, tal narrativa contém os resultados do trabalho clínico em terapia ocupacional, em termos dos possíveis avanços e limites, refletindo como o sujeito-alvo compreende seu modo de ser, fazer e de se relacionar na vida – e indicando novos caminhos a seguir (Benetton, 1991, 1994, 2000).

Entretanto, para contribuir para a inserção social do sujeito, além de possibilitar ao sujeito a análise de suas produções e de como se relaciona com elas, as pessoas com as quais ele se relaciona, muitas vezes, também precisam de espaços de reflexão para analisarem as transformações pelas quais passam o sujeito e seu cotidiano. Tais pessoas também podem rever seus sentidos construídos, e suas ações e atitudes. A inserção social acaba se caracterizando como um processo de ampliar as conexões do sujeito-alvo com suas coisas e com pessoas, de modo que haja reconhecimentos positivos do modo como o sujeito é, faz e se relaciona no social (Marcolino, 2019).

#### **4 Diálogos: “Ser, Fazer, Transformar-se e Pertencer” e “Ser, Fazer e Se Relacionar a Seu Modo no Social”**

O diálogo que se pretende iniciar busca abordar tanto o modo de produção do conhecimento proposto por cada autora como o que cada uma destaca como elementos essenciais para compreender e discutir o que é significativo e a construção de sentidos para a terapia ocupacional. De modo a preservar o contexto da produção de conhecimento das autoras, iremos manter o uso das palavras por elas escolhidas, em especial: ocupação e atividade. Tais palavras possuem sentidos diferentes na terapia ocupacional anglo-saxã e brasileira (Pierce, 2001; Magalhães & Galheigo, 2010; Benetton & Marcolino, 2013), com maior valorização da palavra ocupação no contexto anglo-saxão, e da palavra atividade no contexto brasileiro – embora ambos os termos estejam intrinsecamente ligados à terapia ocupacional.

Na perspectiva da ciência ocupacional, Wilcock (1999) desenvolveu uma visão sobre a natureza ocupacional dos seres humanos como resultado de investigações históricas sobre a relação entre saúde e ocupação, apoiando-se nas noções de saúde do ponto de vista da Saúde Pública. A OPH foi construída também com base em reflexões sobre a política, o ecossistema e a relação do ser humano e seu meio-ambiente (Morrison, 2018).

Na perspectiva da terapia ocupacional, Benetton (1994, 2010), por sua vez, dedicou-se ao trabalho de observação e descrição da prática clínica, visando identificar e compreender seus fenômenos específicos, buscando nas teorias já existentes possíveis explicações para seus achados, ou mesmo elementos para a construção de novos aportes teóricos para organizar e compreender tais ocorrências. Esse processo de construção de conhecimento que se iniciou na década de 1970, e ainda continua (Marcolino & Fantinatti, 2014), sustentou-se na investigação longitudinal da clínica, com momentos de sistematização por meio da pesquisa acadêmica (Benetton, 1991, 1994, 2005).

Desse modo, ambas as autoras buscaram produzir conhecimento centrado no que é próprio da terapia ocupacional. Wilcock (1999, 2006, 2007) debruçou-se sobre as produções anglo-saxãs da profissão buscando por generalizações que, mesmo em diálogo com o campo da Saúde Pública, pudessem constituir o campo da ciência

ocupacional e identificar elementos potencialmente relevantes para a terapia ocupacional. Para Benetton (1994, 2010), o foco sempre foi investigar e compreender fenômenos próprios da clínica, em uma perspectiva de que qualquer conhecimento produzido precisaria ser relevante para a prática. Para Benetton (1994, 2005), qualquer generalização precisava ser da ordem teórico-metodológica para a terapia ocupacional, não necessariamente relacionada a teorias sobre o ser humano e suas atividades no cotidiano.

Em relação aos frutos de suas investigações, Wilcock (2001a, 2001b) identificou dimensões essenciais para a ocupação significativa, capazes de promover e produzir saúde – *Ser, Fazer, Transformar-se e Pertencer* –, apostando que a terapia ocupacional pudesse ampliar sua ação junto a diversas populações para alcançar a saúde por meio das ocupações (Wilcock, 1999). Já Benetton (1994, 2010) teve o foco de seu estudo na busca por compreender *como* levar os sujeitos a *transformarem-se*, de modo que pudessem *ser, fazer e se relacionar* a seu modo no social – desenvolvendo, assim, um método.

Ambas as autoras dialogam com algum conceito de saúde. Benetton (1994) apoia-se nas produções sobre o normal e o patológico de George Canguilhem (2006), para a compreensão de que o que é saudável precisa ser qualificado pelo sujeito, com base no que ele considera que *lhe faz bem* e que potencializa sua ação no mundo, na construção de uma nova normatividade (Maximino et al., 2012). Para Wilcock (1999), o conceito de saúde está atrelado ao campo da Saúde Pública, afastado da exclusiva visão médica sobre as desordens, e próximo de uma perspectiva de disfunção e bem-estar ocupacional – sendo a ocupação significativa o cerne desse bem-estar.

Embora, para as duas autoras, a saúde se caracterize por sua relação singular com o sujeito, diferencia-se conceitualmente na medida em que, para a OPH, conecta-se à ocupação significativa, e para o MTOD, conecta-se ao que permite ao sujeito agir no mundo – o que não se liga inteiramente à ocupação ou atividade significativa, mas mantém-se aberto para abarcar quaisquer aspectos que o sujeito considerar significativo, como relações, coisas, ambientes.

Essa diferença possibilita levantar questionamentos em torno da complexa questão da normatividade social e da saúde. Wilcock (1999, 2001a, 2001b) buscou se afastar das desordens médicas, mas ao situar a ocupação entre a disfunção e algum sentido de normalidade (o bem-estar ocupacional), não estaria abrindo espaço para uma “doença” a ser tratada pela terapia ocupacional? (Quarentei, 2017). Essa nos parece uma questão complexa e que vem sendo explorada na atualidade, em especial com críticas ao predomínio de uma visão otimista e equilibrada da ocupação, que sustenta que as ocupações são sempre benéficas, alertando que o fazer pode ser prejudicial à saúde e ao bem-estar (Kiepek & Magalhães, 2011).

Benetton (1994, 2010), ao situar seu estudo na singularidade da prática, identifica que o objetivo do cuidado em terapia ocupacional não está centrado na ocupação, mas sim na inserção social das pessoas que não conseguem realizar as atividades desejadas ou necessárias em sua vida cotidiana. Esse deslocamento ao mesmo tempo em que mantém o destaque nas atividades – que precisam ser realizadas e/ou que são desejadas – inclui quaisquer outros aspectos que estejam conectados a esse fazer ou não fazer. Ao trabalhar com o conceito singularizado de saúde, Benetton (1994) propõe que é pela manutenção ou ampliação das atividades que vão sendo significadas pelo sujeito

como saudáveis, no sentido de propiciarem bem-estar e gerarem possibilidades de continuidade ou de novas ações, que vão se construindo espaços de saúde para a vida daquele sujeito específico.

Benetton (1994) abre espaço para que os sujeitos-alvo das ações de terapia ocupacional possam inserir-se no social a seu modo – com suas capacidades, habilidades e limites – impondo à sociedade que os recebam como são, ao invés de buscar ansiosamente (e com sofrimento) adaptem-se ao que é normativo (Benetton, 2010). A produção de conhecimento em terapia ocupacional, nessa perspectiva, circunscreve-se ao que está relacionado ao modo de praticar terapia ocupacional – aos procedimentos que oferecem indícios de produzir bons resultados em termos de inserção social dos sujeitos singulares, e construções teórico-conceituais em torno desses procedimentos.

Embora a OPH precise lidar com as questões sobre o que pode ser considerado uma disfunção ocupacional ou uma ocupação significativa nas diferentes normatividades sociais e culturais, possibilita a produção de conhecimento em torno do que produz saúde (ou doença?) e que se encontra conectado às ocupações com as quais pessoas, comunidades, populações, preenchem seu cotidiano. As dimensões da ocupação significativa são contribuições claras para o campo da ciência ocupacional e da Saúde Coletiva, que possibilitam generalizações sobre a vida humana, embora respondam menos diretamente aos terapeutas ocupacionais sobre *como* ajudar os sujeitos-alvo de seus cuidados a transformarem-se de modo que sejam, façam e sintam-se pertencentes à vida comum.

As proposições da OPH situam-se na relação entre o fazer e o bem-estar, para a qual o não-fazer está intimamente associado com condições que podem implicar o desenvolvimento de doenças. Na visão da autora, o fazer que produz bem-estar precisa estar acompanhado da emoção, da aventura e da criatividade.

Em termos ocupacionais, o bem-estar através do fazer envolve acreditar que a gama potencial das ocupações das pessoas permitirá a cada uma delas ser criativa, aventurar-se e encontrar sentido nas emoções humanas que experimentarem e explorarem no seu fazer. Significa ainda adaptar-se de forma adequada e sem interrupção indevida para atender, através do seu fazer, ao que suas vidas demandem (Wilcock, 2006, p. 139 apud Magalhães, 2013).

Na perspectiva da ocupação como determinante de saúde, estabelece-se uma relação estreita entre o significado (*meaning*), o fazer, o ser, o transformar-se e a saúde, possibilitando análises e propostas de intervenção por meio da ocupação que se torna qualificada, como condição essencial para inclusão social, saúde e bem-estar (Wilcock, 2007). Almeja-se, assim, que as intervenções em terapia ocupacional sustentem processos de transformação em busca da saúde, por meio de ocupações que venham a ser qualificadas como significativas.

*Transformar-se*, uma das dimensões da ocupação significativa, significa para a OPH crescer, criar algo para vir a ser, de alguma forma, diferente (Wilcock, 2006). Para Benetton (1994, 2010), essa dimensão está diretamente relacionada ao processo de cuidado na terapia ocupacional.

Benetton (1994, 2010) considera que os sujeitos-alvo da terapia ocupacional se encontram em posições de exclusão social, paralisados diante do que lhe acontece ou lhe aconteceu. Essa autora propõe que a(o) terapeuta ocupacional faça uso de um olhar investigativo que lhe permita acessar o cotidiano do sujeito e os sentidos construídos por ele e pelas pessoas com as quais ele convive, e associá-los com o que vê e sente sobre o modo do sujeito-alvo ser, fazer e se relacionar. Assim, pode produzir uma compreensão situada – um diagnóstico situacional – do que está paralisando o sujeito, que lhe impede de agir no mundo – que podem ser elementos objetivos ou subjetivos.

Para promover o *transformar-se*, Benetton (1994) propõe que a(o) terapeuta ocupacional atue de modo a possibilitar que o sujeito vivencie, com ela(e), modos diferentes de *fazer* e de *se relacionar* e que, nesse processo, ele possa ir se conhecendo e se reconhecendo como alguém que faz. Entretanto, a autora percebeu que o ponto crítico para o *transformar-se* repousa na disjunção entre o *fazer* e o pensar.

Na medida em que “a sociedade” diz ao sujeito-alvo que ele não pode, que não consegue, ele também assume essa perspectiva para si, reconhecendo-se como alguém que não faz, que é incapaz, que não consegue se relacionar, que não isso ou não aquilo. Assim, é por meio da análise de tudo o que foi feito com a(o) terapeuta ocupacional, e que demarca as aquisições do sujeito (ele/a fez um quadro, ele/a aprendeu a dirigir, ele/a começou a brincar no parque), espera-se integrar o que ele pensa de si no mundo com o que ele, de fato, consegue *fazer*.

O *Fazer* para a OPH se caracteriza como o meio pelo qual as pessoas se envolvem nas ocupações que lhes são pessoalmente significativas, seja de forma explícita, por meio de exercícios e ações físicas, ou mental e implícito. Destaca-se que os seres humanos são capazes de adaptar seus fazeres em maior ou menor grau, de acordo com o contexto, e que *Fazer* é mais do que adquirir os requisitos para a sobrevivência (Wilcock, 2006).

Embora a palavra *fazer* não faça parte do arcabouço teórico-conceitual do MTOD, podemos nos arriscar a pensar sobre o *fazer* de duas maneiras complementares. A primeira delas é a das experimentações com as atividades na relação triádica, por meio das quais a(o) terapeuta ocupacional convida o sujeito-alvo a utilizar sua criatividade e explorar suas habilidades, aprender, descobrir do que gosta e do que não gosta. Esse é o campo de excelência para conhecer o sujeito, seu modo de fazer, suas habilidades, capacidades e limites. Mas nada, inicialmente, precisa ter um significado maior, talvez apenas um significado temporário, pragmático, relacionado ao que se está fazendo: fazer para experimentar, para presentear, para decorar, para aprender.

A segunda maneira é a de fazer no cotidiano, aquele que o sujeito já possuía ou adquire após a terapia ocupacional e que tem a ver com a forma como usa sua criatividade pessoal para preencher o dia a dia (Kujawski, 1991). Para sujeitos com dificuldades em fazer atividades no cotidiano, a ampliação das atividades que emerge da relação triádica é um caminho para se conseguir fazer no cotidiano. Assim, as atividades significativas não são inicialmente aquelas que a pessoa escolhe para fazer, pois fazer atividades é da ordem da experimentação em uma relação triádica e “[...] é no acontecer da terapia ocupacional [...] que as indicações ou escolhas de atividades devem encontrar seus significados” (Benetton, 1994, p. 100).

Como Wilcock (1999, 2006) destaca, os fazeres podem ser mais explícitos ou mais implícitos, mas Benetton (1994) valoriza bastante os que geram produtos, porque ao

demarcarem aquisições do sujeito, oportunizam a observação e a análise do processo de realização de atividades – que possibilitará futuramente (em outro tempo) a construção de sentidos.

O MTOD é um método analítico, e por isso demanda pontos, marcas, carregados de uma gama de “coisas” objetivas (o que de fato foi feito e se tornou produto, mais ou menos etéreo<sup>2</sup>) e subjetivas (sentimentos, expectativas, desejos, julgamentos, reflexões) por meio das quais se possa dialogar sobre o *fazer*. Assim, o processo de construção de sentidos para o MTOD ocorre em tempos diferentes do fazer atividades – as atividades existem não apenas para serem realizadas, mas também para se conversar sobre elas, admitindo-se inclusive a possibilidade de não serem feitas (Benetton, 1994). A construção de sentidos está imbricada na lapidação de um processo de transformar-se.

No MTOD, o processo em terapia ocupacional aproxima-se de algo como “fazer para ser” na relação triádica, para “ser para fazer” no cotidiano. Claro que não há pretensão de assumir que o sujeito-alvo em terapia ocupacional “não é” alguém, mas que o processo de fazer atividades em uma relação triádica oferece múltiplas possibilidades para que ele(a) venha a *ser* em sua normatividade singular.

Para a OPH, a dimensão *Ser* repousa na consciência e na criatividade; é o sentido de alguém como profissional e humano, incluindo-se os significados que investem na vida e suas capacidades físicas, mentais e sociais peculiares, únicas. Dessa forma, a ocupação pode oferecer um foco para essa dimensão. Para o MTOD, essa dimensão está mais próxima do *ir sendo* do que no *ser*, na medida em que o sujeito é chamado a experimentar sem pressões, sem que se espere dele alguma normatividade social. Busca-se tornar o sujeito mais consciente de si, em um caminho no qual sua criatividade vai sendo chamada, instigada a encontrar soluções com base no que precisa ser feito ou no que se deseja fazer – caminho rico em oportunidades de vivenciar coisas novas. Benetton (1991, 2006) aprecia as proposições de Winnicott (1999) sobre a criatividade, de que ela está intimamente ligada à possibilidade do sujeito se reconhecer como alguém que cria a vida, que cria o que precisa.

Soma-se a essa criatividade o investimento subjetivo, afetivo da(o) terapeuta ocupacional em acreditar que o outro é capaz, que ele pode se desenvolver e aprender. Não se trata de uma perspectiva ingênua, mas de uma proposta de manejar os afetos (por meio de procedimentos relacionais que transformem o sentir) de modo que o que transite na relação sejam afetos positivos, de quem quer aprender, de ser alguém que deseja.

O manejo dos afetos abarca ações da(o) terapeuta ocupacional, a partir do que sente, para a levar o outro a agir, a sair de sua paralisia, muitas vezes, transformando tais afetos de modo que o que venha a ser transportado sejam emoções e sentimentos positivos - da(o) terapeuta para o sujeito alvo como um afeto de acreditar em seu desenvolvimento; e do sujeito alvo para a(o) terapeuta ocupacional como afeto de quem deseja aprender e se desenvolver [...] (Marcolino, 2019).

---

<sup>2</sup>Uma fotografia de um passeio é uma marca fixa de uma atividade etérea que foi o passear.



Como o processo de cuidado proposto pelo MTOD abarca experimentações no exercício da criatividade, em um espaço afetivo de desenvolvimento de si, a consciência desse processo e do que o sujeito é capaz ou não de fazer na vida vai acontecendo a todo o momento, mas tem seu auge com a realização das Trilhas Associativas. No diálogo sobre o *fazer*, busca-se a ampliação da consciência do sujeito sobre o que é capaz de criar (ou não) e, mais do que isso, de que ele cria seu mundo (Benetton, 1994, 2006).

Assim, vemos aproximações entre as autoras no que se refere à dimensão *Ser*, pois ambas trabalham com a conquista da consciência e criatividade, e das experimentações afetivas que esse processo demanda – seja a ocupação significativa, seja o transformar-se na terapia ocupacional. A afetividade precisa estar presente na ocupação significativa e também em uma inserção social – como vinculações objetivas, subjetivas e afetivas, que favoreçam ao sujeito participar da vida comum (Marcolino, 2019). A afetividade é trabalhada na OPH pela dimensão *Pertencer*, e pelo MTOD pelos procedimentos relacionais que buscam transformações nos modos de se relacionar do sujeito e também de quem convive com ele.

Sobre a dimensão *Pertencer*, a OPH estabelece sua associação com as relações interpessoais, com o elemento contextual: das conexões das pessoas umas às outras e do lugar dessas relações dentro da saúde. No MTOD, não há conceituação sobre o pertencimento, mas sim uma forte conexão com o relacionar-se no cotidiano. Mesmo que o sujeito se conheça melhor, que consiga compreender suas singularidades em seus modos de fazer e de se relacionar, a vida cotidiana se dá na gramática da vida comum com os demais (Kujawski, 1991; Marcolino, 2016).

Dessa maneira, para o MTOD, qualquer inserção social que busque ampliar a participação do sujeito na vida social, e possibilitar-lhe algum sentimento de pertencer a esse social que está sendo construído com sua participação, demanda que a terapia ocupacional possa se estender para o social. Isso ocorre não somente nas atividades que o sujeito passa a fazer no cotidiano, mas em intervenções com as pessoas que se relacionam com ele(a).

Nas relações interpessoais, todos precisam encontrar maneiras de colocar as relações em movimento, sem que se paralise um ou outro sentido sobre como cada um é. As transformações dos sujeitos em terapia ocupacional precisam ser reconhecidas pelas pessoas de sua convivência – o que impele transformações maiores, na família, na escola, no trabalho, nos serviços de saúde.

Ser reconhecido pelo que se é e pelo que se faz, por sua capacidade de criar seu mundo, pode ter início na consciência oferecida pela terapia ocupacional que permite ao sujeito agir no mundo. Mas, para que a inserção social aconteça, mesmo com toda sua instabilidade (Marcolino, 2019), o social precisa reconhecer e respeitar o modo singular de ser, fazer e se relacionar de cada sujeito.

Mas enfim, em que as construções de sentido sobre o que é significativo importam aos terapeutas ocupacionais?

A OPH e suas dimensões, *Ser*, *Fazer*, *Transformar-se* e *Pertencer*, e o MTOD com seu objetivo final de levar a *ser*, a *fazer* e a *se relacionar a seu modo no social* demonstram o quanto o que é ou se transforma em significativo está atrelado à vida das pessoas e particulariza-se no que lhes é singular. Se Wilcock (1999, 2006, 2007) identificou tais dimensões como provenientes do que é essencial para a terapia

ocupacional ao longo dos tempos, sua pesquisa se coloca como fonte de reflexão e inspiração para práticas mais centradas no que é significativo para as pessoas, com centralidade na ocupação – dada a perspectiva que assume.

O MTOD, em seu caráter teórico-metodológico para oferecer uma estrutura para as(os) terapeutas ocupacionais pensarem e conduzirem suas práticas, desvela alguns elementos para a construção de sentidos sobre o que é significativo. Assim, o sujeito-alvo em terapia ocupacional precisa entrar em ação, fazer, e não apenas pensar sobre o que deseja ou precisa fazer, pois o que é significativo é ativamente construído e pode mudar o que se pensa sobre si e o que se deseja – como Mattingly (1991) já nos havia apresentado.

Além disso, o que é significativo pode assumir um caráter pragmático e temporário, mas, se houver distância temporal, a análise das atividades desenvolvidas na relação triádica pode favorecer a construção de novos sentidos. As atividades realizadas possuem a característica de fixarem tanto o que é objetivo (o produto em si, o registro do que foi realizado) como o que é subjetivo (memórias, expectativas, julgamentos) e colocam-se como aliadas para a análise do que foi vivido e para a construção de novos sentidos de modo dialógico. Para participar do social, as intervenções em terapia ocupacional precisam acontecer também no social, em sua objetividade – em modificações ambientais, por exemplo – e em sua subjetividade – na transformação dos sentidos construídos pelas pessoas que convivem com o sujeito.

Para responder à pergunta norteadora desse diálogo que buscamos estabelecer com Ann Wilcock e Jô Benetton, o que tem sentido, o que é significativo, pareceu-nos estar conectado ao bem-estar, qualificado pelo sujeito. Entretanto, o que para Wilcock (1999, 2006, 2007) liga-se à ocupação significativa, em oposição a uma disfunção ocupacional; para Benetton (1994, 2010) liga-se à saúde qualificada pelo sujeito-alvo das intervenções em terapia ocupacional como o que lhe traz bem-estar e o ajuda a agir na vida.

## 5 Considerações Finais

Este ensaio buscou tecer relações em torno do que tem sentido e do que é significativo como elementos relevantes para o conhecimento e a prática da terapia ocupacional, por meio do diálogo com a obra de suas autoras: Ann Wilcock, terapeuta ocupacional inglesa e cientista ocupacional, e Jô Benetton, terapeuta ocupacional brasileira.

O que é significativo, embora tenha sido elaborado pelas autoras sob perspectivas diferentes, está atrelado ao conceito de saúde que cada uma delas propõe: Wilcock e sua ênfase na ocupação significativa, em oposição a uma disfunção ocupacional; e Benetton, com foco na saúde qualificada pelo sujeito-alvo das intervenções em terapia ocupacional como o que lhe traz bem-estar e o ajuda a agir no mundo, tendo como objeto de estudo a prática em terapia ocupacional.

As limitações do texto refletem a complexidade do tema, mas esperamos que nossas ideias possam instigar novas reflexões, críticas e mesmo questionamentos que gerem frutos na formação de terapeutas ocupacionais e na pesquisa no campo.

## Agradecimentos

Agradecemos a Jô Benetton e a Lilian Magalhães pela revisão conceitual do texto.

## Referências

- Aldrich, R. M. (2011). A review and critique of well-being in occupational therapy and occupational science. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 93-100. <http://dx.doi.org/10.3109/11038121003615327>.
- Benetton, M. J. (1991). *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo: Lemos.
- Benetton, M. J. (1994). *A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental* (Tese de doutorado). Universidade de Campinas, Campinas.
- Benetton, M. J. (1995). Terapia ocupacional: conhecimento em evolução. *Revista CETO*, 1(1), 5-7.
- Benetton, J., & Shirakawa, I. (2000). Sentiers associatifs: pour un élargissement des ressources dans la clinique de l'ergothérapie. *Journal d'Ergothérapie*, 22(3), 131-137.
- Benetton, M. J. (2005). Além da opinião: uma questão de investigação para a historicização da terapia ocupacional. *Revista CETO*, 9(9), 4-08.
- Benetton, M. J. (2006). *Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional*. Campinas: Arte Brasil, Centro Universitário Católica Auxilium.
- Benetton, M. J. (2008). Atividades: tudo o que você quis saber e ninguém respondeu. *Revista CETO*, 11(11), 26-29.
- Benetton, M. J. (2010). O encontro do sentido do cotidiano na terapia ocupacional para a construção de significados. *Revista CETO*, 12(12), 32-39.
- Benetton, M. J., & Marcolino, T. Q. (2013). As atividades no método terapia ocupacional dinâmica. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 21(3), 645-652. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.067>.
- Benetton, M. J., & Varela, R. C. B. (2001). Eleanor Clarke Slagle. *Revista CETO*, 6(6), 32-35.
- Blesedell, C. E., Cohn, E. S., & Boyt, S. B. A. (2003). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Lippincot, Williams and Wilkins.
- Camargo, R. C. (2010). Neva Leona Boyd e os jogos teatrais: polifonia no teatro improvisacional de Viola Spolin. *Revista de História e Estudos Culturais*, 7(3), 1-25. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-3867.v2i0p282-289>.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. In J. Higgs (Ed.), *Clinical reasoning in the health professions* (pp. 265-277). London: Elsevier.
- Cipriani, J., Haley, R., Moravec, E., & Young, H. (2010). Experience and meaning of group altruistic activities among long-term care residents. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(6), 269-276. <http://dx.doi.org/10.4276/030802210X12759925468989>.
- Crabtree, J. L. (1998). The end of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(3), 205-214. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.52.3.205>.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *The flow state: the psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books.
- Cutchin, M. P., Aldrich, R. M., Bailliard, A. L., & Coppola, S. (2008). Action theories for occupational science: the contributions of Dewey and Bourdieu. *Journal of Occupational Science*, 15(3), 157-165. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2008.9686625>.
- Dubouloz, C. J., Vallerand, J., Laporte, D., Ashe, B., & Hall, M. (2008). Occupational performance modification and personal change among clients receiving rehabilitation services for rheumatoid

- arthritis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(1), 30-38. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00639.x>.
- Ekelman, B. A., Allison, D. L., Duvnjak, D., DiMarino, D. R., Jodzio, J., & Iannarelli, P. V. (2017). A Wellness Program for Men With Spinal Cord Injury: participation and meaning. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(1), 30-39. <http://dx.doi.org/10.1177/1539449216672170>.
- Forhan, M. (2010). Doing, being, and becoming: a family's journey through perinatal loss. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 142-151. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.64.1.142>.
- Fristedt, S., Björklund, A., Wretstrand, A., & Falkmer, T. (2011). Continuing mobility and occupational participation outside the home in old age is an act of negotiation. *Activities, Adaptation and Aging*, 35(4), 275-297. <http://dx.doi.org/10.1080/01924788.2011.625213>.
- George, S., Wilcock, A. A., & Stanley, M. (2001). Depression and lability: the effects on occupation following stroke. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(9), 455-461. <http://dx.doi.org/10.1177/030802260106400907>.
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740407100509>.
- Harmer, B. J., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12(5), 548-558. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860802343019>.
- Henare, D. (2003). "It just isn't me anymore" moving forward to a new identity. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 50(1), 4-10.
- Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014a). In the footsteps of Wilcock, part one: the evolution of doing, being, becoming, and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 231-246. <http://dx.doi.org/10.3109/07380577.2014.898114>.
- Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014b). In the footsteps of Wilcock, part two: the interdependent nature of doing, being, becoming and belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(3), 247-263. <http://dx.doi.org/10.3109/07380577.2014.898115>.
- Kielhofner, G., & Burke, J. (1977). Occupational therapy after 60 years: an account of changing identity and knowledge. *The American Journal of Occupational Therapy*, 31(10), 675-689.
- Kiepek, N., & Magalhães, L. (2011). Addictions and impulse- control disorders as occupation: a selected literature review and synthesis. *Journal of Occupational Science*, 18(3), 254-276. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2011.581628>.
- Kujawski, G. M. (1991). A crise do cotidiano. In G. M. Kujawsky (Ed.), *A crise do século XX* (pp. 31-61). São Paulo: Ática.
- Lal, S., Ungar, M., Leggo, C., Malla, A., Frankish, J., & Suto, M. J. (2013). Well-being and engagement in valued activities: experiences of young people with psychosis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 33(4), 190-197. <http://dx.doi.org/10.3928/15394492-20130912-02>.
- Leufstadius, C. (2018). Experiences of meaning of occupation at day centers among people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(3), 180-189. <http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2017.1325933>.
- Lexell, E. M., Iwarsson, S., & Lund, M. (2011). L. Occupational adaptation in people with multiplesclerosis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(3), 127-134. <http://dx.doi.org/10.3928/15394492-20101025-01>.
- Magalhães, L. (2013). Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 21(2), 255-263. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.027>.
- Magalhães, L., & Galheigo, S. (2010). Enabling international communication among brazilian occupational therapists: seeking consensus on occupational terminology. *Occupational Therapy International*, 17(3), 113-124. <http://dx.doi.org/10.1002/oti.292>.

- Marcolino, T. Q. (2012). O raciocínio clínico da terapeuta ocupacional ativa. *Revista CETO*, 13(13), 14-25.
- Marcolino, T. Q. (2016). Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do método terapia ocupacional dinâmica. In T. S. Matsukura & M. M. Salles (Eds.), *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental* (pp. 54-62). São Carlos: FAPESP/EDUFSCar.
- Marcolino, T. Q. (2019). Diálogos com Benetton e Latour para uma compreensão sobre a inserção social. In *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*. Recife: CREFITO.
- Marcolino, T. Q., & Fantinatti, E. N. (2014). A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(2), 142-150. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p142-150>.
- Mason, J., & Conneeley, L. (2012). The meaning of participation in an allotment project for fathers of preschool children. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 230-236. <http://dx.doi.org/10.4276/030802212X13361458480324>.
- Mattingly, C. (1991). The narrative nature of clinical reasoning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 998-1005. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.45.11.998>.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9781139167017>.
- Mattingly, C., & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic process*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Maximino, V. S., Petri, E. C., & Carvalho, A. O. C. (2012). A compreensão de saúde para o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Revista CETO*, 13, 34-40.
- Mello, A. C. C. (2019). *Construção de sentido nas intervenções em terapia ocupacional: uma revisão de escopo* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Recuperado em 22 de agosto de 2019, de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11371>
- Melo, D. O. C. V. (2015). *Em busca de um Ethos: narrativas da Fundação da Terapia Ocupacional na cidade de São Paulo (1956-1969)* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Meyer, A. (2014). The philosophy of occupation therapy. Reprinted from the Archives of Occupational Therapy. v. 1, p. 1-10, 1922. *The American Journal of Occupational Therapy*, 31(10), 639-642. PMID:341715.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Mezirow, J. (1998). On critical reflection. *Adult Education Quarterly*, 48(3), 185-198. <http://dx.doi.org/10.1177/074171369804800305>.
- Molineux, M., & Baptiste, S. (2011). Emerging occupational therapy practice: building on the foundations and seizing the opportunities. In M. Thew, M. Edwards, S. Baptiste & M. Molineux (Eds.), *Role emerging occupational therapy* (pp. 3-14). London: Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/9781444340006.ch1>.
- Moraes, G. C. (2008). Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica. *Revista CETO*, 11(11), 30-35.
- Morrison, J. R. (2018). O que une a terapia ocupacional? Paradigmas e perspectivas ontológicas da ocupação humana. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 2(1), 182-203.
- Morrison, R., & Vidal, D. (2012). *Perspectivas ontológicas de la ocupación humana en terapia ocupacional: una aproximación a la filosofía de la ocupación*. Starbrücke: Ed. Académica Española.
- Morrison, R., Olivares, D., & Vidal, D. (2011). La filosofía de la ocupación humana y el paradigma social de la ocupación: algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en terapia ocupacional y ciencias de la ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102-119. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-5346.2011.17785>.

- Pickens, N. D., O'Reilly, K. R., & Sharp, K. C. (2010). Holding on to normalcy and overshadowed needs: family caregiving at end of life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 234-240. <http://dx.doi.org/10.2182/cjot.2010.77.4.5>.
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138-146. PMID:11761128. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.55.2.138>.
- Quarentei, M. (2017). *Comunicação pessoal*. São Carlos: [s.n.].
- Shank, K. H., & Cutchin, M. P. (2010). Transactional occupations of older women aging-in-place: negotiating change and meaning. *Journal of Occupational Science*, 17(1), 4-13. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2010.9686666>.
- Wilcock, A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 248-256. <http://dx.doi.org/10.1177/000841749806500501>.
- Wilcock, A. (2001a). *Occupation for health: a journey from self-health to prescription*. London: College of Occupational Therapists.
- Wilcock, A. (2001b). *Occupation for health: a journey from prescription to self-health*. London: College of Occupational Therapists.
- Wilcock, A. (2003). Occupational science: the study of humans as occupational beings. In P. Kramer, J. Hinojosa & C. B. Royen (Eds.), *Perspectives in human occupation, participation in life* (pp. 75-82). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Wilcock, A. (2006). *An occupational perspective of health*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Wilcock, A. (2007). Occupation and health: are they one and the same? *Journal of Occupational Science*, 14(1), 3-8. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2007.9686577>.
- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott (Ed.), *Tudo começa em casa* (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes.
- Yerxa, E. J. (2000). Confessions of an occupational therapist who became a detective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 192-199. <http://dx.doi.org/10.1177/030802260006300502>.

### Contribuição dos Autores

Ana Carolina Carreira de Mello foi responsável pela elaboração do texto<sup>3</sup>. Débora Ricci Dituri e Taís Quevedo Marcolino contribuíram na discussão e na revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

### Fonte de Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), por meio de concessão de bolsa de estudos nível mestrado, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – Brasil (CNPq), por meio de concessão de bolsa de estudos nível iniciação tecnológica, pelo Programa PIBITI/CNPq/UFSCar.

### Autor para correspondência

Taís Quevedo Marcolino  
taisquevedo@gmail.com

---

<sup>3</sup>Este trabalho é parte da dissertação de mestrado da primeira autora, sob orientação da terceira autora.