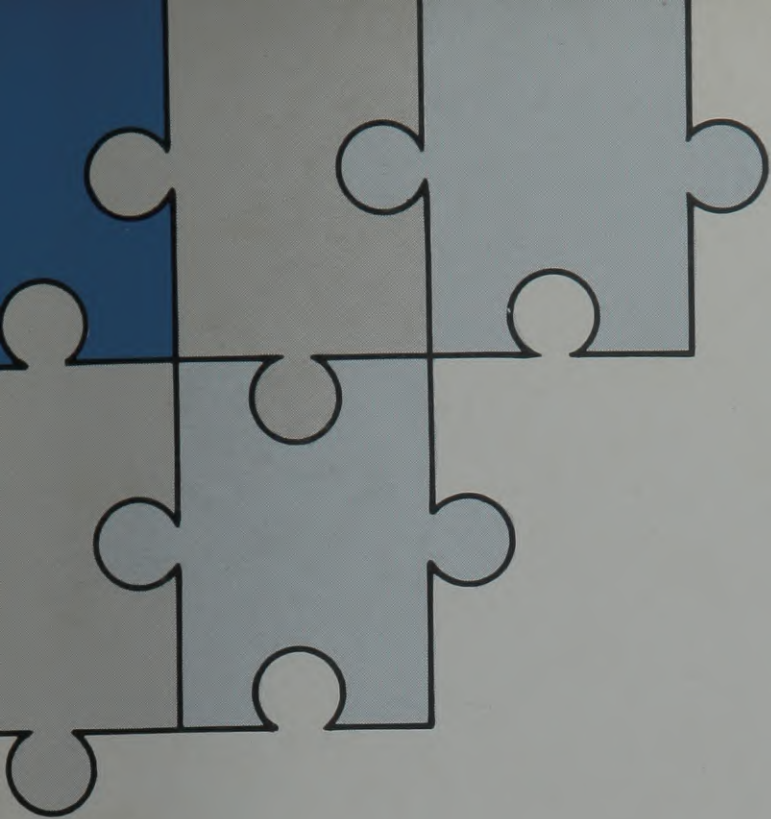


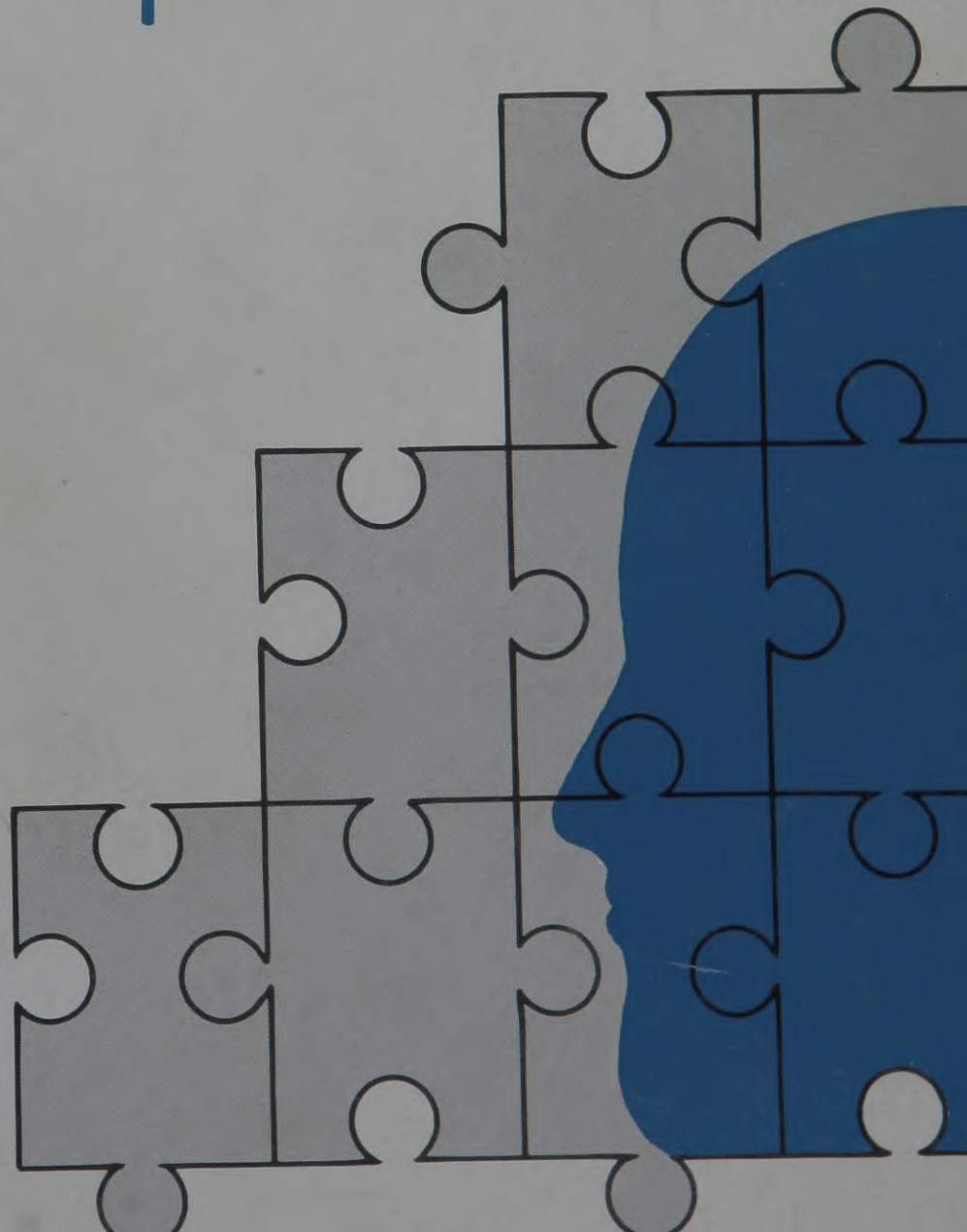
USP



Terapia Ocupacional

Vol. 1 – Número 2

Novembro/90



Este exemplar pertence à
Biblioteca Setorial do
Departamento de
FISIO - FONO - TO

Terapia Ocupacional

CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL
FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Editada pelo curso de graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Guilherme Rodrigues da Silva (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Prof^a Dr^a Myrian Krasilchik (Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo)

Prof. Dr. Ruy Laurenti (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo)

Dr^a Eda Terezinha de Oliveira Tassara (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo)

Dr^a Maria Auxiliadora Cursino Ferrari (Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Denise Dias Barros (Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Elisabete Ferreira Mângia (Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Iracema Serrat Vergotti Ferrigno (Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Roseli Esquerdo Lopes (Terapeuta Ocupacional)

Secretária: Eddy Marília Gozzani



Universidade de São Paulo

Reitor: Prof. Dr. Roberto Leal Lobo e Silva Filho

Vice-Reitor: Prof. Dr. Ruy Laurenti

Coordenadoria de Comunicação Social

Coordenador: Prof. Dr. Wanderley Mesias da Costa

Diretor de Editoração e Jornalismo: Maria Lúcia Martinez Carneiro

Diretor de Artes Gráficas: Fábio de Melo

Projeto Gráfico: Cida Santos e Leonor Teshima

Preparação de Originals: Vivaldo Ademar Campos Maia

Composição: J. A. de Oliveira (supervisão) e Sóstenes P. da Costa

Revisão: Mara P. Guasco (supervisão), Berenice Martins Baeder, Cleusa Conte Machado, Dirce Yukie Yamamoto, Sílvia dos Santos Vieira e Antonieta Caputo

Diagramação: Antonio Baikauskas Filho

Arte-final: Argeu de Godoy (supervisão), Flávio Alves Machado, José Divino de Lima e Moisés Dorado

Capa: Carla de Araújo Risso

Secretaria Gráfica: Rogério De Capitani e Soraia Ferreira

Faculdade de Medicina da USP

Curso de Terapia Ocupacional

Av. Dr. Arnaldo, 455

2º andar — Sala 2 — CEP 01246

Tel. (011) 853-6011, r. 330

Apoio Financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo — FAPESP

Índice

CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL
FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Editorial 70

Artigos

Processos criativos e Terapia
Ocupacional..... 71
Eliane Dias de Castro
Reinaldo José Gomes da Silva

Reflexões sobre a relação entre
trabalho e saúde e as propostas de
intervenção em Terapia
Ocupacional..... 76
Fátima Corrêa Oliver

O ideal, o rito e o mito na constituição
atual da Terapia Ocupacional..... 81
Carmem Teresa Costa Souza

Terapia Ocupacional em ambulatório
de saúde mental: subsídios para
avaliação 87
Elizabete Ferreira Mângia

A Desinstitucionalização é
Desospitalização ou
Desconstrução? 101
Denise Dias Barros

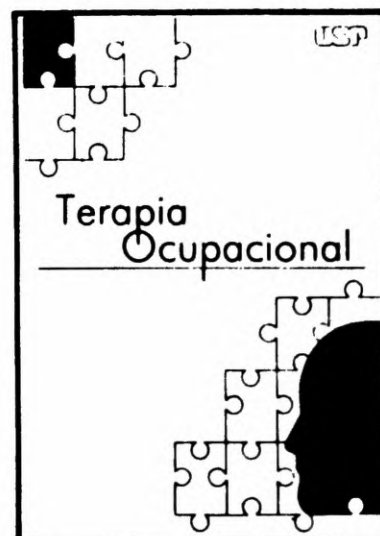
Goniometria – uma forma de coletar
dados e propor intervenção
conseqüente 107
Amélia Pasqual Marques

Debates

Modelo de ocupação humana:
parte II..... 114
Gary Kielhofner

Resenhas..... 124

Eventos..... 126



Apresentamos o segundo número da **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, considerando que para amadurecimento desse projeto é fundamental que ocorra o debate e a reflexão sobre o conteúdo dos trabalhos aqui publicados.

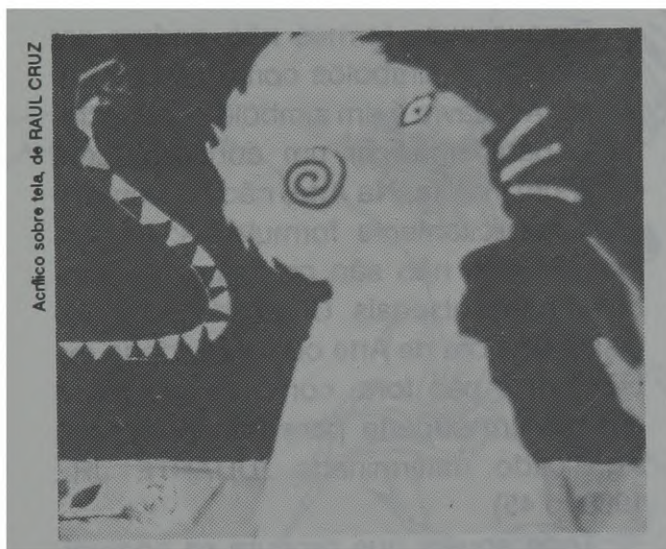
Sentimos a grande receptividade e interesse quando do lançamento do número 1. Reiteramos o convite aos **Terapeutas Ocupacionais** a participarem da continuidade desse processo, contribuindo na produção de uma cultura de debates em nossa área, através da troca de opiniões, sugestões e apresentação de seus estudos, sobre as questões práticas e teóricas que nos desafiam nesse momento histórico.

A **Revista** poderá refletir as dimensões da produção nacional em Terapia Ocupacional, na medida em que os profissionais que atuam nas diferentes regiões do País assumam a tarefa da produção científica, que não deve estar restrita à Universidade.

Neste número, trazemos a contribuição de profissionais e docentes expressando preocupações emergentes em suas áreas de atuação.

O Conselho Editorial

Processos criativos e Terapia Ocupacional



O homem impregna suas ações com a presença de sua vida, com a carga de suas emoções e de seus conhecimentos. Dando forma à argila, ele dá forma à fluidez fugidia de seu próprio existir. Estruturando a matéria, também dentro de si ele se estruturou. Criando, se recriou (OSTROWER, 1984, p.51).

Formando a matéria, ordenando-a, configurando-a, dominando-a, também o homem vem a se ordenar interiormente e a dominar-se. Vem a se conhecer um pouco melhor e a ampliar sua consciência neste processo dinâmico em que recria as suas potencialidades essenciais (OSTROWER, 1984, p.53).

Neste artigo, vamos abordar uma for-

ma de entendimento da Terapia Ocupacional que supõe o uso da atividade a partir do processo criativo, buscando promover o contato entre os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do indivíduo, abrindo-se, a partir daí, espaço para o aparecimento de formas de expressão mais integradoras de sua personalidade.

Entende-se aqui atividade como toda tentativa de concretização de um impulso, de uma necessidade ou um desejo, cuja solicitação pode ser interna ou externa. A atividade cria e recria a identidade do indivíduo, define posturas, caminhos e espaços. Sendo uma forma de autoconhecimento e expressão é, porém, muitas vezes, causadora de angústia e não necessariamente propiciadora de alívio.

Para Vivian Farah Nassif (1988, p.22), o fazer do indivíduo reflete o seu ordenar íntimo. Da mesma forma vemos que, formar, neste sentido, significa fazer, experimentar, desmanchar e refazer, num movimento dialético entre homem e matéria. Isso porque, em suas tentativas de estruturar e dominar a matéria, o homem reconhece a sua estrutura e se reestrutura: à medida que se identifica com uma matéria e interfere nesta, é também por ela modificado.

A utilização de materiais como tinta, madeira e argila, entre outros, permite e

Eliane Dias de Castro e Reinaldo José Gomes da Silva são docentes do curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

facilita essa ação. O uso terapêutico de materiais, isto é, a realização de atividades terapêuticas permite a expressão de sentimentos e emoções, fornece dados importantes acerca da história dos afetos do indivíduo, seus gostos, desgostos e conflitos, aquilo, enfim, que não consegue dizer. Pode-se falar, então, no resgate ou na recriação de uma identidade que se dá pela possibilidade de expressão e representação do "mundo da fantasia" no concreto, na matéria que é palpável e delimitável (NASSIF, 1988, p.23).

O processo do conhecimento humano compreende um jogo entre o *vivenciar* e o *simbolizar*, isto é, entre o que é sentido e o que é pensado. Entendendo o *sentir* como a primeira impressão que o homem tem de todas as coisas, o primeiro passo é o *sentir*, seguido da elaboração racional desses mesmos sentimentos.

João Francisco Duarte Júnior (1988, p.43) diz que a linguagem procura sempre captar os nossos sentimentos, significando-os e classificando-os em conceitos, porém, tal como apanhar um pouco de areia, sempre lhe escapa algo por entre os dedos. A linguagem, que é conceitual e classificatória, apenas aponta e classifica o *sentir* sem, contudo, poder desenvolvê-lo: ao apontar o seu *isso*, é impotente para nos mostrar o seu *como*. Segundo o autor, eu posso nomear o que sinto: alegria, por exemplo. Mas como mostrar em que e como essa minha alegria é diferente da que senti ontem? Como comparar a minha alegria e a sua? Como descrevê-la?

Assim, a linguagem nomeia, classifica os sentimentos em categorias gerais (alegria, tristeza, raiva, ternura, compaixão, etc.), mas não os descreve; não pode mostrá-los em seu desenvolver.

Dentre toda a gama de atividades humanas, a Terapia Ocupacional se utiliza, entre outras, das atividades expressivas ou artísticas. Tais atividades expressivas ou artísticas são uma tentativa de apresentação dos sentimentos quando a linguagem não é capaz de fazê-la, visto que a Arte é sempre a criação de uma forma. As formas nas quais a Arte se apresenta constituem, por sua vez, maneiras de se exprimir os sentimentos.

Ilustrando isso, João Francisco Duarte Júnior (1988, p.43) cita a seguinte definição de Suzanne Langer: "a Arte é a criação de formas perceptivas expressivas do sentimento humano". A Arte não procura transmitir significados conceituais, mas dar uma expressão ao sentir, de maneira diversa da de um grito, um gesto, um choro, pois, nela, a expressão está formalmente estabelecida, isto é, está concretizada, lavrada numa forma harmônica. Assim, a Arte concretiza os sentimentos numa forma, de maneira que possamos percebê-los.

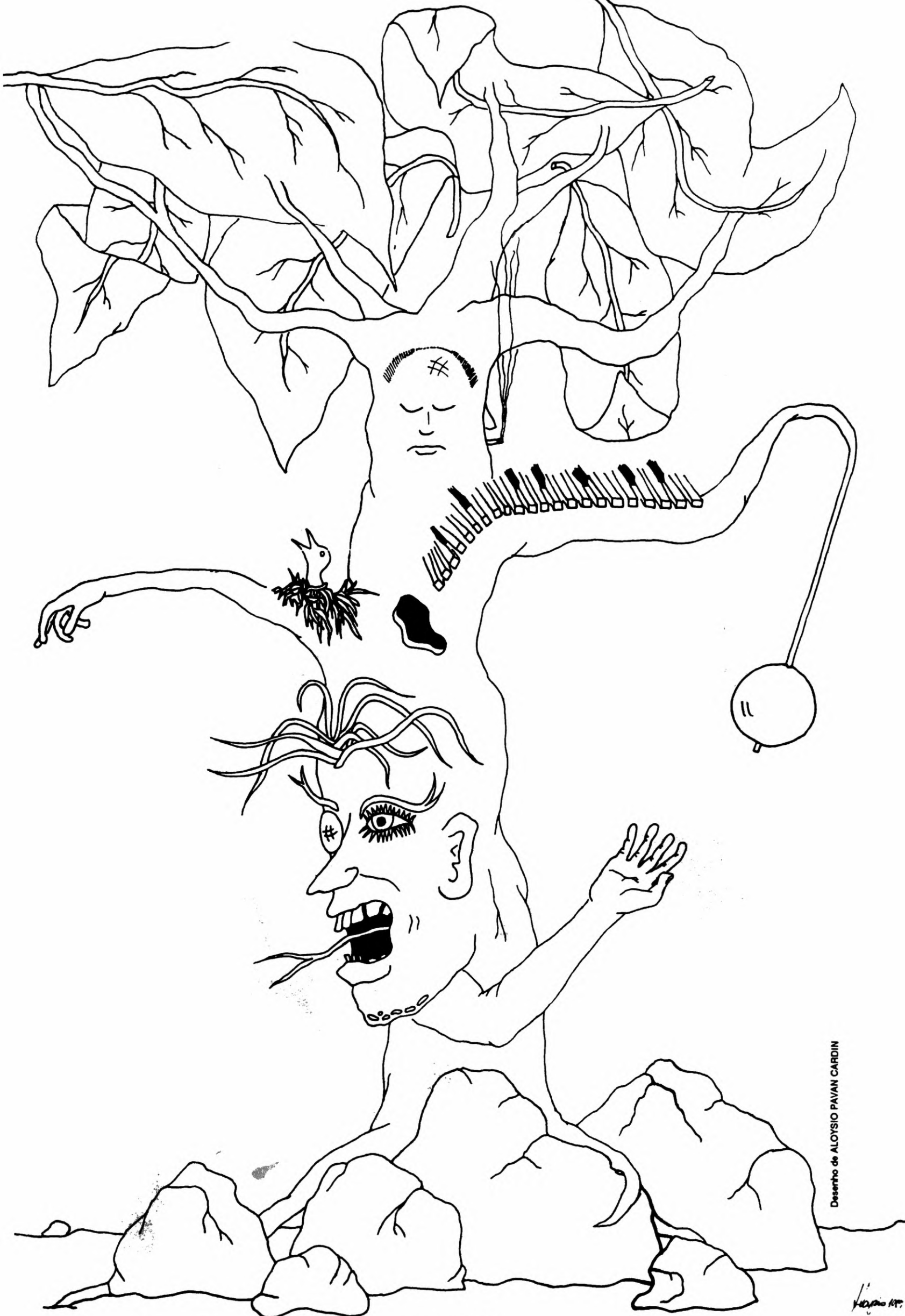
Pode-se, contudo, ser tentado a considerar a Arte como um símbolo idêntico aos símbolos lingüísticos. Se as palavras significam coisas e eventos, por que não se pensar que a Arte *signifique* os sentimentos?

Porque suas formas não podem ser consideradas símbolos como são as palavras. A palavra é um símbolo convencionalizado para significar um conceito, uma idéia, uma coisa. Na Arte, não há convenções explicitamente formuladas; as formas de Arte não são propriamente símbolos convencionais. O sentido expresso reside na obra de Arte ou na atividade expressiva e não fora, como se ela fosse apenas um suporte para transportar um significado determinado (DUARTE JR., 1988, p.45).

Todo aquele que procura se comunicar através das formas de Arte, seja artista ou usuário de Terapia Ocupacional, não se expressa através de um significado conceitual, mas mostrando os sentimentos por meio de formas harmônicas, vai concretizar nas formas aquilo que é inexprimível pela linguagem conceitual.

O impulso criativo é naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de Arte; mas também se faz presente quando qualquer pessoa — bebê, criança, adolescente, adulto ou velho — tende de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa que possa tornar forma e ser apresentada ao mundo. É ele que dá ao indivíduo o sentimento que "a vida é real ou significativa" (WINNICOTT, 1979, p.101).

O processo criador é um estado de crescimento contínuo constituído por uma



Desenho de ALOYSIO PAVAN CARDIN

capacidade ordenadora e configuradora; é a possibilidade de abordar, em cada momento vivido, a unicidade da experiência e de ligação com os outros, transcendendo o particular e ampliando o ato da experiência para a compreensão. Nos significados que o indivíduo encontra – criando e sempre formando – estrutura-se sua consciência diante da vida.

Ao indivíduo criativo torna-se possível dar forma aos fenômenos, porque ele parte de uma coerência interior. Absorvendo os múltiplos aspectos das realidades externa e interna, ele os contém, os compreende e os ordena significativamente. Como ser coerente, estará mais aberto ao novo por estar mais seguro dentro de si: sua flexibilidade de questionamentos, ou melhor, a ausência de rigidez defensiva ante o mundo, permite-lhe configurar espontaneamente tudo o que toca.

Cabe lembrar que o desenvolvimento da pessoa se dá dentro de um contexto social, a partir dos meios e dos propósitos da sociedade. Durante esse desenvolvimento, o ser humano brinca e há uma evolução direta do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais. A criatividade se exerce nessas possibilidades culturais e delas recolhe as formas concretas expressivas (WINNICOTT, 1979, p.83).

Os processos criativos são processos construtivos globais, pois desenvolvem a personalidade toda, o modo da pessoa diferenciar-se, de ordenar-se e relacionar-se. Criar é tanto estruturar quanto comunicar-se; é integrar significados e transmiti-los. Ao criar, procuramos nos aprofundar no conhecimento das coisas e do mundo.

Toda atividade humana está inserida em uma realidade social, portanto, ao rea-

Desenho de ALOYSIO PAVAN CARDIN



lizar uma atividade, o homem criador não está exclusivamente exprimindo seus próprios sentimentos, mas projetando nela tudo aquilo que percebe como próprio dos homens de sua época e lugar, em outras palavras, do seu contexto cultural e que afetou, direta ou indiretamente, a sua experiência pessoal. As experiências, sejam elas pessoais, sociais ou afetivas, são fundamentais, visto que o ser se constrói pelas relações.

É na integração do consciente, do sensível e do cultural que se baseiam os comportamentos criativos do homem: o potencial consciente e sensível de cada um se realiza sempre e unicamente dentro de formas culturais. O desenvolvimento biológico não ocorre independente do cultural, da mesma forma que o comportamento de cada ser humano se molda pelos padrões culturais, históricos, econômicos e sociais do grupo em que ele nasce e cresce. Ainda vinculado aos mesmos padrões coletivos, ele irá se desenvolver enquanto individualidade, com seu modo pessoal de

agir, seus sonhos, suas aspirações e suas eventuais realizações (OSTROWER, 1984, p.28).

A criação nunca é apenas uma questão individual, mas não deixa de ser uma questão do indivíduo. O contexto cultural representa o campo dentro do qual se dá o trabalho humano, abrangendo os recursos materiais, os conhecimentos, as propostas possíveis e, ainda, as valorizações. Existirá, no entanto, desde o início, uma orientação específica de ser, uma predisposição, uma maneira sua, constitucional talvez, de interagir com o mundo. Não se pode perder de vista que cada pessoa constitui um ser único, indivisível em sua personalidade (OSTROWER, 1984, p.147).

Para que o homem, entretanto, realize seu potencial criador, é necessário que cada um possa crescer em seu tempo vital, amadurecendo e integrando-se como ser individual e social. Daí, muitas vezes a conveniência dos recursos que podem ser oferecidos no nível da Terapia Ocupacional.

Referências Bibliográficas

- BRUNELLO, M.I.B. 1988. *A influência do fator cultural no processo de atendimento em Terapia Ocupacional*. Pesquisa para a USP.
- DUARTE JÚNIOR, J. F. 1988. *Por que a Arte-Educação?* Campinas, Papirus.
- NASSIF, V. 1988. *Estudo comparativo sobre o uso de tinta e madeira como recurso terapêutico para pacientes psicóticos em Terapia Ocupacional*. Pesquisa para a USP.
- OSTROWER, F. 1984. *Criatividade e processos de criação*. Petrópolis, Vozes.
- WINNICOTT, D. W. 1975. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago.
- WINNICOTT, D. W. 1975. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, Zahar.

RESUMO

O artigo procura fazer uma correlação entre os processos criativos na obra de Arte e um determinado procedimento de Terapia Ocupacional, apontando a importância dos mesmos para o desenvolvimento do homem inserido em seu contexto cultural.

ABSTRACT

This article tries to make a correlation between the work of Art's creative process and an occupational therapy specific procedure, showing its importance in man's development, inserting it in his cultural context.

Reflexões sobre a relação entre trabalho e saúde e as propostas de intervenção em Terapia Ocupacional*

I. Introdução

Esta comunicação levanta algumas questões acerca do conceito de trabalho utilizado, predominantemente, no modo de produção capitalista e suas interferências na prática de Terapia Ocupacional.

Para auxiliar a análise, recorreremos à discussão sobre o processo de produção na sociedade moderna e a noção de Saúde – Doença como processo social. Também lançamos mão de alguns artigos escritos por terapeutas ocupacionais que falam sobre a concepção de trabalho publicados no *American Journal of Occupational Therapy*, bem como da observação da prática de Terapia Ocupacional em instituições psiquiátricas e em instituições de habilitação e reabilitação profissional.

Por que é importante estudarmos a relação saúde e trabalho? Porque é no processo de produção que é determinada a relação saúde e doença e esta determina quem está ou não apto a permanecer inserido no mercado de trabalho. É, tam-

bém, no processo de trabalho que se formam as pessoas, sua condição e consciência.

Assim, a ótica utilizada é aquela que procura entender a condição do trabalhador inserido ou não no processo de produção; e não a dos estudos que privilegiam a maximização da produção e do lucro, via incompatível com a preservação e manutenção da saúde.

Procurarei refletir sobre a questão homem – trabalho, do ponto de vista da saúde, para melhor compreender as relações que constroem os indivíduos que temos diante de nós em nossa prática profissional.

II. A relação saúde-trabalho

A reforma protestante foi um dos fatores que contribuiu para a construção do modo de produção capitalista; nela o trabalho pode ser entendido como uma forma de servir a Deus e passa a ser "vontade de Deus que todos os homens

Fátima Corrêa Oliver é docente do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP.

* Trabalho apresentado no IV Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais, em Belo Horizonte – julho de 1988 – e no I Simpósio Latino Americano/2º Congresso Argentino de Terapia Ocupacional – outubro de 1988.

trabalhem, mas é contrário a Deus que os homens cobicem até mesmo os frutos de seu trabalho; estes devem ser reinvestidos para permitir e incentivar mais trabalho, é o trabalho que aliviará a culpa e conduzirá para a vida santa e piedosa" (MILLS, 1980, p.234).

Assim, valorizava-se e justificava-se o comportamento e as atitudes necessárias a uma parte dos homens, que são exigências do capitalismo. Isto possibilitou e justificou o desenvolvimento social de um determinado tipo de homem capaz de um trabalho cada vez mais incessante e metódico (id. ibid., p.235).

Já no século XIX, Marx e Engels fazem, na *A ideologia alemã*, uma análise detalhada do significado do trabalho no desenvolvimento do homem. Neste texto afirmam que "a forma como os homens produzem os seus meios de existência depende em primeiro lugar da natureza, isto é, dos meios de existência já elaborados e que lhes é necessário reproduzir; mas não devemos considerar esse modo de produção deste único ponto de vista, isto é, enquanto mera reprodução da existência física dos indivíduos. Pelo contrário, já constitui um modo determinado de atividade de tais indivíduos, uma forma determinada de manifestar a sua vida, um modo de vida determinado. A forma como os indivíduos manifestam a sua vida reflete muito exatamente aquilo que são. O que são coincide portanto com a sua produção, isto é, tanto com aquilo que produzem como com a forma como produzem. Aquilo que os indivíduos são depende portanto das condições materiais da sua produção" (MARX & ENGELS, 1975, p.19).

Chauí aponta que a divisão social do trabalho, ao mesmo tempo em que determina a divisão entre proprietários e não-proprietários, entre trabalhadores e pensadores, determina a formação das classes sociais (CHAUÍ, 1983, p.54). Assim, a condição mais típica do capitalismo é a necessidade de existir, ao mesmo tempo e no mesmo lugar, uma concentração de capital e da propriedade nas mãos de poucos e uma enorme massa humana desprovida de qualquer meio de sobrevivência, que não seja a sua própria força de traba-

lho. Este fato determina que este homem, sem dinheiro ou propriedade, tenha que se oferecer no mercado de trabalho. Ao fazer isso, este homem — transformado por esta relação em trabalhador e em mercadoria — se submete às condições estabelecidas pelo capitalista. Estas condições se dão de forma a garantir que a produção do trabalhador seja muito maior do que o valor do seu salário. Este excesso é que vai designar o lucro e este é o segredo do modo capitalista de produção. O trabalho assalariado é portanto a essência do capitalismo.

Segundo Braverman "é importante salientar que o que o capitalista compra não é uma quantidade contratada de trabalho, mas a força para trabalhar por um período contratado de tempo" (BRAVERMAN, 1981, p.55). E ainda completa, mais adiante, com esta afirmação: "o que distingue a força de trabalho humana não é sua capacidade de produzir excedente, mas seu caráter inteligente e proposital que lhe dá uma infinita adaptabilidade e que produz as condições sociais e culturais para ampliar a sua própria produtividade. Assim, pode-se utilizar muitas formas para aumentar a produção da força de trabalho — jornadas mais longas e o uso de instrumentos mais produtivos que aceleram o ritmo de trabalho" (id. ibid., p.58).

O processo de trabalho industrial se desenvolve em meio à luta de classes, onde é necessário aprimorar formas de controle sobre os trabalhadores. O princípio básico desse controle consiste na separação entre execução e elaboração do processo de trabalho, como está definido na proposta taylorista da organização científica do trabalho.

Segundo Edith Seligmann, esta forma de administrar representou, e ainda representa, um marco na história dos processos de trabalho e um golpe muito grande na saúde de milhões de trabalhadores. Os pressupostos do sistema taylorista são: padronização e controle rígido dos tempos e movimentos dos instrumentos de trabalho e controle permanente realizado por diferentes agentes de administração (SELIGMANN, 1986, p.72-73). Dessa forma, estão eliminadas quaisquer possibilidades de manifestação da individualidade

e da sociabilidade, pois estas põem em risco a eficiência e a ordem, fundamentais para a maximização da produção.

Seligmann cita trabalhos de Laurell, Marques e Frankenhaeuser que falam da desqualificação crescente dos trabalhadores, onde o seu saber é transferido para a máquina, isto é, para o capital. Isto faz com que se materialize o controle, quando se transfere para a máquina o conhecimento e iniciativa do trabalhador, eliminando a subjetividade e facilitando processos de embotamento emocional à medida que a tecnologia se desenvolve (id *ibid.*, p.71-72).

Há ainda outros fatores intervenientes na determinação da natureza agressora do trabalho: os diferentes regimes e turnos de trabalho, o ambiente físico e a organização do trabalho. Entende-se por organização do trabalho: o ritmo, a duração da jornada, tempo para descanso, hierarquização, sistemas de controle e segurança, rotatividade de pessoal, desinformação e o desvio e acúmulo de funções, principalmente nos períodos de recessão econômica (SELIGMANN, 1987, p.239-46).

Não podemos deixar de lembrar a condição de vida desses trabalhadores proporcionada pelo seu nível salarial e oportunidades de emprego, migração, habitação insatisfatória, transportes insuficientes, poluição ambiental e a violência urbana.

Por essas condições, torna-se possível e necessário que os indivíduos tenham corpo e mente amortecidos, pela apropriação de sua subjetividade, em nome do progresso e da produção. Assim, teremos trabalhadores desprotegidos e vulneráveis a grande número de distúrbios no seu equilíbrio físico e mental, já que se procedeu à eliminação de sua maior defesa: o aparelho psíquico íntegro.

Percebemos que o trabalho determina a vida dos indivíduos, ainda mais que isso, o valor social atribuído ao trabalho permite que as pessoas se submetam às mais adversas condições de trabalho. Todos devem estar aptos para trabalhar, mas serão saudáveis e aceitos socialmente apenas aqueles aptos para o trabalho, esquecendo-se de como este é gerador de problemas de saúde.

Dentro dessa lógica — a do processo

produtivo — é necessário que todos, aptos ou não, tenham como parâmetro a vida para o trabalho, que se transforma em valor social, e um dos mais importantes. Aqui também estão incluídos os indivíduos que, quer por doença, deficiência ou desvio estão impossibilitados de inserção no mercado de trabalho, mas que têm para si o valor social do trabalho tanto na estruturação de sua subjetividade quanto na participação nas relações de produção, que muitas vezes tentam arrancar com sua inserção marginal no processo de produção.

III. A concepção de trabalho utilizada em Terapia Ocupacional

Observamos em alguns artigos publicados no *American Journal of Occupational Therapy* em 1985 que a concepção de trabalho utilizada é aquela onde é através do trabalho que as pessoas serão inseridas ou reinseridas socialmente. Notamos, também, que a alusão feita à natureza agressora do trabalho, no atual modo de produção, é colocada como fator inerente do trabalho e do processo produtivo; assim são citados: a rápida mudança dos valores sociais com a constante evolução tecnológica, a alienação, o *stress*, a perda da criatividade, o desemprego crescente, o tédio e a insatisfação nos papéis produtivos mais tradicionais (HARVEY - KREFTING, 1985, p.306).

Essas questões levam Laura Harvey-Krefting a apresentar a Terapia Ocupacional no futuro como uma alternativa, não apenas para o atendimento de indivíduos doentes ou deficientes, mas também aos desengajados de uma existência produtiva: os desempregados, as crianças e os velhos. Poderia haver também o atendimento daqueles que participam, diretamente, do processo produtivo, mas que estão insatisfeitos com a forma como produzem. Pelas razões já assinaladas, serão quase todos os trabalhadores assalariados.

Isto representa uma proposta de Terapia Ocupacional a serviço exclusivo do controle social exercido pelos serviços de saúde, que abstrai as condições em que são *fabricados* esses indivíduos. Esta pro-

posta tem por finalidade esconder as contradições sociais refletidas na experiência individual dos trabalhadores. Assim, estaríamos contribuindo para a institucionalização, através dos serviços de saúde, do uso do *hobby* como tratamento para os que trabalham. Para os desinseridos do mercado de trabalho, a Terapia Ocupacional representaria a "única e maior experiência subjetiva de produtividade" (id. *ibid.*, p.307). Será essa a realidade na América Latina? A divisão internacional do trabalho reserva aos países do Terceiro Mundo a parcela do trabalho mais danosa à saúde dos trabalhadores e do meio ambiente, pelos salários mais baixos, com as piores condições de vida e menor poder de resistência pela sua organização sindical mais frágil.

Convivemos com os processos de produção tecnicamente mais atrasados, ao mesmo tempo que com a implantação crescente de tecnologia, sem planejamento e sem a preocupação com o impacto a vida social.

Temos nos serviços de saúde — o resultado dessa convivência — crianças com paralisia cerebral devido a sofrimento fetal pelas péssimas condições de assistência à maternidade, trabalhadores do setor terciário com doenças profissionais ou então indivíduos acidentados no trabalho e incapacitados para o retorno à produção.

No Brasil, temos uma política social que não garante sequer a aposentadoria ou salário-desemprego para a sobrevivência digna, ou seja, a inserção social se dá sempre via trabalho, o trabalho é o valor social maior.

Em Terapia Ocupacional, temos atendido, na grande maioria, indivíduos desinseridos do processo produtivo, seja momentaneamente por doença ou distúrbios gerados pela condição de vida e de trabalho, seja permanentemente por fugirem à normalidade necessária à disciplina pelo trabalho (por doença mental ou física ou pelo desvio da norma por marginalidade ou delinqüência).

A maior parte das instituições de ensino ou saúde onde trabalhamos têm como objetivos a inserção ou reinserção social através do trabalho, que dificilmente são

atingidos dada a organização do processo de produção. Colaboramos para legitimar esse discurso que é cindido na ação direta com as pessoas com as quais trabalhamos. Elas têm, senão a consciência do funcionamento social, pelo menos o sentido da exclusão a que estão submetidas. No entanto, a nossa prática tem dificuldades para ser transformada, por quê?

No Brasil, as instituições que trabalham com a habilitação ou reabilitação profissional são, respectivamente, beneficentes, filantrópicas ou mantidas pela contribuição dos próprios trabalhadores através da Previdência Social.

A Terapia Ocupacional nas instituições filantrópicas contribui para a exclusão dessa população do convívio social, reproduzindo no seu atendimento práticas assistenciais estigmatizadoras, paternalistas juntamente com a proposta taylorista de produção. No entanto, essa população jamais será integrada no mercado de trabalho, permanecendo sob muitos aspectos dependente da instituição.

A Terapia Ocupacional, nas instituições de reabilitação profissional que atendem os segurados da Previdência Social, utiliza-se do trabalho artesanal como meio de recuperação da funcionalidade física, sem resgatar e integrar nessa ação a experiência de cada indivíduo no processo de trabalho, na doença profissional ou no acidente de trabalho. Sabemos que estes trabalhadores poucas vezes retornam ao mercado de trabalho ou, quando o fazem, têm dificuldade de nele permanecer.

Na maior parte das vezes, temos nos utilizado do trabalho como forma de intervenção, seja ele qualificado ou desqualificado socialmente. Propomos ou a produção artesanal — fabricação de vasos, tapetes, pregadores de roupas ou utilitários — ou então o trabalho abrigado em oficinas através de subcontratos com indústrias, que repetem, sem crítica ou restrição, a proposta taylorista da produção, além de desincumbir essas indústrias do pagamento de encargos sociais desses *aprendizes*. Então a falta de condições físicas e/ou mentais dessas pessoas é sua necessidade de reinserção passam a ser argumentos técnico-científicos que justificam esse uso.

Assim, acredito que estamos contribuindo para a criação de aprendizes eternos da inserção ou reinserção social, tendo como parâmetro a normalidade tão massacrante, isto é: a linha de produção, o cartão de ponto, a pontualidade, a assiduidade, a colaboração com os outros, o respeito às regras e à hierarquia, bem como a qualidade de trabalho. Enfim, tudo que se exige dos demais trabalhadores, forjando no interior desse microcosmo — as instituições — *ficção de operários normatizados*.

É pela implantação dessa disciplina e pela adaptação a ela que esses indivíduos serão *reconhecidos* como reais e não pela sua inserção concreta no processo produtivo (como deveria ser, para concretizar o objetivo explícito da instituição),

impossibilitando dessa forma a sua existência enquanto pessoas que devem ter lugar no contexto social.

Penso que devemos refletir sobre o conhecimento e reconhecimento de nosso papel e de nossa condição enquanto técnicos neste modo de produção; para que possamos criar formas de intervenção que nos coloquem mais próximos da realidade social e não apenas do controle social, que é o papel fundamental das instituições onde temos trabalhado.

Penso que devemos buscar maior proximidade da realidade de técnicos e de pacientes, de suas necessidades e de sua consciência, bem como das estratégias de sobrevivência de que se utilizam para permanecerem vivos, mesmo que ainda loucos, deficientes ou delinqüentes.

RESUMO

A relação entre saúde e trabalho é importante fator na determinação de quem está ou não apto a permanecer no mercado de trabalho. No capitalismo, o processo de produção é alterado constantemente pela tecnologia e pela organização do processo de trabalho. A separação entre a execução e elaboração do trabalho predominam na proposta taylorista de produção. O trabalho parcelado e controlado, principalmente pelo uso de máquinas, e a existência de turnos de trabalho determinam um ritmo de trabalho exterior aos trabalhadores, criando condições para que estes sejam vulneráveis a distúrbios de ordem física e mental. Os terapeutas ocupacionais têm responsabilidade no atendimento de parcela da população considerada carente, desviante, marginalizada ou deficiente; que assim é definida principalmente pelo fato de não ter acesso à vida independente através do trabalho ou por tê-lo perdido em algum momento.

Observamos, na literatura da área e nas intervenções em habilitação e reabilitação profissional de algumas instituições, que a visão de trabalho é aquela predominante na vida social. São empregados o trabalho artesanal (desqualificado socialmente) ou então o trabalho abrigado em oficinas que repetem a proposta taylorista de produção, sem qualquer restrição, utilizando-se da falta de condições físicas ou mentais dessas pessoas como argumentos técnico-científicos que justificam esse uso. É importante criar formas de intervenção alternativas a esse modelo.

ABSTRACT

Reflections on the relation between work and health: Occupational therapy intervention proposals. — The relation between health and work it's an important factor to define who's able or not be accepted in work market. In capitalism the production process is constantly changed by technology and working process organization. The gap between work's execution and elaboration, predominant in taylorist's production proposition and parcelled and control-led work, specially by the of machinery and shift work determine a kind of working rhythm inadequate for workers. This situation created conditions for them to become vulnerable both to mental and physical disorders.

Occupational therapists have a great deal of responsibility on the care of the so considered deviant, marginal or handicapped population; so considered specially by the fact of not having access to independent life through working or by having lost it in some moment.

We observe in this area's literature and in some institutional professional rehabilitation programs that work is being treated as is usually is in social life. That is, arts and crafts (socially not qualified) or the protected work that repeat taylorist production proposition, with no restrictions, using the so called lack of this peoples's mental and physical conditions as a technical scientific argument that justify it's use. The author's point of view reinforces the importance of creating alternative approach to this working model.

Referências Bibliográficas

1. BRAVERMAN, H. 1981. *Trabalho e capital monopolista — a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro, Zahar.
2. CHAUI, M. 1983. *O que é ideologia?* 12ª ed. São Paulo, Brasiliense.
3. HARVEY-KREFTING, L. 1985. The concept of work in occupational therapy: a historical review, *Am Journal Occupational Therapy*, 39(5):301-307.
4. MARX, K. & ENGELS, F. 1975. *A ideologia alemã*, 3ª ed. Lisboa, Presença.
5. MILLS, W. 1980 *A nova classe média*. Rio de Janeiro, Zahar.
6. SELIGMANN, E. 1986. Crise, econômica e saúde mental no Brasil. In: CAMON, V. (org) *Crise, trabalho e saúde mental*. São Paulo, Traço, 1986.
7. SELIGMANN, E. 1987. Saúde mental e trabalho, In: TUNDIS, S.A. (org) *Cidadania e loucura*. Rio de Janeiro, Vozes/Abrasco, 1987.

O ideal, o rito e o mito na constituição atual da Terapia Ocupacional*

INTRODUÇÃO

A Atividade tem sido tema constante nas discussões da clínica e da identidade dos terapeutas ocupacionais. Na Saúde Mental, temos presenciado questionamentos sobre a importância e a necessidade da Atividade no transcurso de um processo terapêutico.

Nossa proposta é reconstituir a trajetória da Terapia Ocupacional através do papel e do significado que a Atividade tem ocupado, por considerá-la característica nuclear de nossa identidade profissional.

A identidade é uma questão complicada. É preciso continuar sendo, em meio às constantes transformações, e só poder ser, não apesar de, mas principalmente em função destas transformações. A história, sendo um processo vivo, síntese da práxis humana, nos proporciona um fio-guia no labirinto da constituição da identidade. Desempenhamos o papel de protagonistas dessa história, conscientes de que ela inclui aqueles que nos precederam e os que nos sucederão, não se iniciando nem finalizando conosco.

O MODELO FAMILIAR

Por analogia, podemos pensar na constituição da identidade dentro do grupo familiar que é, no mínimo, a história de três gerações. Nossa escolha se justifica pelo fato de ser a família um microcosmo e uma área de convergência de conhecimentos trigeracional.

Margareth Mead demonstra-nos que as configurações culturais que demarcam as pautas de conduta podem ser de três níveis:

Pós-Figurativas — onde prepondera a figura do avô, valoriza-se o imutável e o passado.

Configurativas — liderada pelos pais, valorizando o estável e o presente.

Pré-Figurativas — determinada pelos filhos, valorizando o mutável e o futuro.

A interação geracional (idosos, adultos e jovens) pode assumir caráter de enfrentamento, gerando ansiedades grupais e/ou

*Conferência proferida no III Encontro Brasileiro de Terapia Ocupacional em Saúde Mental. Porto Alegre, maio de 1989.

Carmen Teresa Costa Souza é Professora-Assistente do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Supervisora de Estágio em Saúde Mental no Ambulatório Bias Fortes da UFMG.

individuais, crises e desorientações, podendo também encaminhar-se para um encontro, onde uma nova identidade supõe uma nova autoridade surgida no seio do grupo familiar, constituindo-se do que foi:

herdado dos avós — ideal;
assumido pelos pais — rito;
proposto pelos filhos — mito.

Compreendemos por ideal a síntese de tudo a que aspiramos; da perfeição, que consideramos objeto de nossa mais alta aspiração; por rito, aquilo que se realiza segundo as normas, e por mito, a transposição de acontecimentos históricos e personagens para a categoria divina.

1ª GERAÇÃO OS AVÓS E SEU IDEAL

A partir da referência do modelo familiar, cabe-nos perguntar: quem são nossos avós terapeutas ocupacionais? Quais os ideais que os motivavam?

Institucionalmente, nossos avós eram americanos e tinham um ideal de uso terapêutico da Atividade fundamentado numa filosofia humanística, influenciado pela escola de tratamento moral; viam o homem em sua relação com o ambiente, atribuindo à Atividade o papel de organizadora de seu estilo de vida e de sua interação com o contexto.

Segundo Adolph Meyer, o conceito de saúde estava vinculado às experiências de vida do indivíduo no seu mundo físico e social e no equilíbrio de suas atividades de trabalho, repouso, lazer e sono. O homem se manteria no mundo de realidade através da utilização ativa e intencional de seu tempo. Agindo, ele organizaria seu comportamento, assumindo um papel atuante dentro de um contexto de vida normal. A desorganização desse papel social e suas conseqüências constituíam o foco de interesse dos atendimentos.

Uma revisão dessa proposta, hoje, nos possibilita perceber o quanto de ideal ela comporta. Há uma idealização da sociedade, do Homem e de suas interações, e do próprio tratamento. Entretanto, é importante ressaltar que, no nível do indivíduo, essa proposta lhe confere o papel de ator

da própria vida, reconhecendo-lhe os meios, as ações através das quais ele desempenhará esse papel.

Verificar a adequação dessa proposta idealizada requer estudos aprofundados do contexto em que ela surgiu, da época e da população a que ela se dirigia. Toda a nossa informação a esse respeito é indireta, distante e percebida com outro referencial de realidade sociocultural e econômica. Não nos cabe, neste momento, proceder a essa análise. Consideraremos essa proposta inicial como um *sonho* da Terapia Ocupacional.

Para Jung, os sonhos são a comunicação através de imagens, da dimensão consciente com a dimensão inconsciente dos indivíduos. O inconsciente é entendido basicamente como energia vital. Os sonhos, diferentemente das ilusões, são necessários para que busquemos realizá-los. Alguém disse: "para que o homem possa caminhar, ele não pode manter os pés no chão. Um tem de estar no ar". Se tivermos clara essa posição poderemos, em nossa práxis atual, não tentar realizar o sonho de nossos avós, mas nos utilizarmos dele buscando compreender os valores que nos trazem e que são, ainda hoje, significativos para a profissão.

Abrimos dessa forma o mito, dando continuidade ao processo histórico de nosso desenvolvimento. O resgate desses valores não significa retrocesso.

2ª GERAÇÃO OS PAIS E O RITO

Os modelos de Terapia Ocupacional que inspiraram e fundamentaram as primeiras escolas brasileiras e, por um bom tempo, orientaram nossa prática profissional, definiam a Atividade como Recurso Terapêutico.

Vinculada ao modelo biomédico de saúde tradicional, marcada pelo pensamento reducionista, caracterizada por uma orientação técnico-científica, a Terapia Ocupacional reduz a atividade humana a um procedimento técnico com o qual busca lograr seus objetivos terapêuticos.

Muito se aprendeu e se desenvolveu sobre as técnicas mais adequadas a determinados grupos de disfunções. Criaram-se áreas específicas de atuação com co-

nhecimentos próprios que muitas vezes não se reconheciam como constituintes de uma mesma profissão.

Foi característica da Terapia Ocupacional nesse período a utilização da Atividade voltada apenas para a patologia, desconectada do processo e contexto de vida do indivíduo.

Essa redução levou muitas vezes a se perceber e trabalhar com a Atividade, na Saúde Mental, de forma limitada, possibilitando apenas a verificação e expressão dos conflitos e das dificuldades que se externalizavam na ação.

Esse esvaziamento do significado da ocupação gerou, em contrapartida, o conhecimento e a valorização das relações interpessoais que ocorrem no processo terapêutico individual ou grupal, enriquecendo a profissão. Entretanto, estando eles dissociados da utilização da Atividade, acarretaram uma descaracterização da profissão.

Manteve-se ritualisticamente a Atividade como a forma de abordagem, não se considerando o conteúdo, o contexto, e os possíveis significados da ação humana.

Essa conduta ritualística talvez tenha funcionado, em muitas ocasiões, mais em função da ansiedade do terapeuta do que em proveito do paciente.

Por exemplo, o paciente faz uma atividade e, na medida em que o faz, permite ao terapeuta realizar seu papel, que seria o de fazê-lo *fazer*. Essa identidade profissional, ameaçada por não se compreender melhor esse *fazer*, estaria porém preservada pelo próprio *fazer*. O paciente é que configurava o terapeuta ocupacional através de sua ação; não era o terapeuta que se identificava pelo seu conhecimento, por sua compreensão, pelos objetivos e pela utilização do processo ocorrido.

Nas palavras de Bernard Serebrinsky, "a conduta do terapeuta deve explicar-se com o mesmo esquema conceitual que é usado para se compreender a conduta do indivíduo normal ou desajustado. Toda ação envolve motivações, finalidades e conseqüências, sendo sustentada por uma imagem de mundo".

Se o paciente tem entre suas finalidades concretas sentir-se bem, o terapeuta tem como finalidade o estudo e a com-

preensão da conduta do outro, com critérios que basicamente não diferem dos utilizados para a compreensão da vida e da conduta do próprio terapeuta.

O desconhecimento da proposta original da Terapia Ocupacional talvez se deva ao fato de sermos nela introduzidos num pedaço de sua história já em andamento. Acreditamos que também se justifique por uma questão metodológica, onde a busca do cientificismo se contrapõe competitiva e vigorosamente a propostas mais holísticas. Propostas essas cujas concepções de saúde não se definem pela ausência de doença, pela presença de fatores etiológicos e pela dependência de relações causais. Propostas que envolvam em seu campo de conhecimento os aspectos objetivos e subjetivos da experiência.

Do conhecimento resultante dessa fase, poderíamos rever e discutir questões básicas nossas, a saber: indicação de Atividade, Análise de Atividade, conduta do terapeuta frente à atividade e suas implicações.

3ª FASE OS FILHOS E O MITO

Passamos nossa infância repetindo, imitando nossos pais, crescemos e aprendemos; podemos, agora, opinar, discordar, propor.

Em nosso modelo familiar, mesmo reconhecendo o valor dos conflitos, optamos por uma integração e um encontro intergeracional. A busca é de uma nova ordem em que todos colaborem, as diferenças sejam pontuadas e as divergências não adquiram caráter de antagonismo. Cada geração que participa do grupo familiar tem seu papel e função assegurados.

No papel de filhos, nos perguntamos: que papel é esse? Quais são as nossas motivações e finalidades no que concerne à ação humana expressa sob a forma de ocupação?

Ao resgatarmos nossos avós, a fim de que a história dê continuidade a seus ciclos, podemos fazê-lo miticamente, introduzindo a Atividade na categoria divina. Procuraremos novos fundamentos teóricos que lhe assegurem esse status e an-

daremos em círculos, sem sair do lugar. Outra opção que nos parece mais adequada consiste em desvelar o mito, buscando, com ajuda da experiência adquirida e dos conhecimentos ampliados, encontrar os valores iniciais contidos no Ideal. Revisitos e atualizados, eles passariam a constituir nossos próprios valores e a embasar novas propostas.

Temos hoje uma visão de Homem, não apenas ator, mas também autor de sua vida pessoal e coletiva, através de sua práxis histórico-social, sob formas específicas de trabalho, arte, ciência, política, saúde e educação. Uma nova consciência filosófica que, diferente das anteriores, que se limitaram a interpretar o mundo, coloca-se como uma teoria de transformação, que é a filosofia da práxis.

Com essas referências, buscamos realizar mudanças e transformações no decorrer dos processos terapêuticos, não apenas do outro enquanto paciente, mas também nossa enquanto terapeutas, concomitante a uma transformação material objetiva e simbólica da realidade.

Como operacionalizar esses conhecimentos? Que modelo de Terapia Ocupacional possibilitaria ao cliente e ao terapeuta o exercício de uma práxis transformadora? Quais são as características dessa práxis?

Impossível continuar a perceber a ocupação humana como ação isolada do sujeito, mera expressão da patologia pessoal do paciente. Ela deve ocupar outro lugar, mas que lugar é esse? Tenho receio de que possamos vir a fazer uma leitura simplificada e linear, atividade = transformação, sem nos determos nos aspectos que tornam viável essa possibilidade.

Discutimos acerca dos modos de produção de nossa sociedade e dos processos de alienação que eles engendram. Como transpor essa compreensão a fim de evitar a alienação nos processos terapêuticos? É preciso se lembrar sempre que não se faz a clínica com a mera transposição de um referencial teórico, e que, se assim o fosse, negaríamos em essência aquilo que basicamente distingue a filosofia da práxis de outras categorias filosóficas. Há um constante circular entre teoria e prática, onde uma influencia e nutre a outra e juntas fazem uma síntese.

O trabalho a ser feito é difícil. Cada um de nós participa com uma parcela de sua experiência, reflexões, acertos e desacertos. Isso possibilitará aos outros avançar um pouco mais na construção da história da Terapia Ocupacional.

Berenice Rosa (1988) traz uma contribuição fundamental dizendo: "Atividade, terapeuta e cliente são de fundamental importância". Temos então:

Cliente = "aquele que traz seus conceitos e ações advindos da experiência com a doença". Porém, "o terapeuta não centra o seu trabalho na doença. O objeto de atenção é, ao contrário, o Homem, a pessoa, que é o feixe de relações e que vive um determinado contexto ético, político, social, cultural e econômico".

Terapeuta = "aquele que favorece as reflexões e discussões na perspectiva de identificação e trato das questões conflitivas". "No processo terapêutico abre-se a possibilidade de um espaço para transformar a profissão e o profissional contribuindo, assim, para uma transformação social mais significativa a partir desse fazer".

Atividade = "base real e material do tratamento". "Através de sua práxis produtiva e criadora, o Homem não apenas produz um mundo humanizado, como também se produz, forma ou transforma a si mesmo".

Nessa abordagem é importante ressaltar que o indivíduo, ao ocupar o papel de paciente, não perde sua condição de Homem, nem é reduzido a uma patologia. O processo de transformação não é necessário apenas ao paciente, envolvendo em conjunto o terapeuta e a Terapia Ocupacional. A Atividade extrapola sua materialidade incluindo também os aspectos simbólicos e subjetivos.

Caminhando a partir da experiência clínica, deparamo-nos com a necessidade de acrescer ao conhecimento do Homem algo mais que nos fale a respeito de sua intimidade. Que lhe confira características próprias e únicas com as quais participa e contribui nesse processo coletivo e constante de transformar a si e ao mundo em

Homem humanizado e mundo humano. Parece-nos muito difícil participar de um processo terapêutico sem uma consciência histórica, política e filosófica do Homem, da rede de interações sociais e de sua inserção no mundo, assim como fazê-lo apenas com a referência desse Homem abstrato. É preciso conhecer o indivíduo que esse Homem carrega sem descontextualizá-lo.

Recorro novamente a Serebrinsky por acreditá-lo compatível com nossa proposta filosófica:

A — O Homem e o mundo constituem uma unidade indivisível, unidade Homem-mundo.

B — Essa unidade se revela na conduta, na ação.

C — Essa conduta está regida e organizada por uma imagem de mundo.

Nossa imagem de mundo é integrada por vários aspectos, constituindo-se da experiência que se tem ao longo da vida, seja experiência concreta, imaginada ou transmitida. Pelas motivações e finalidade que suscitam e mantêm nossa ação. Pelas normas que a organizam e pela afetividade que a colore.

Embora não seja a afetividade intrínseca à situação que a origina, ela é, basicamente, a maneira como se vivencia o acontecimento de que se participa. Considera-se não apenas o sujeito, mas a totalidade da situação Homem-mundo que intervém em cada oportunidade. Essa to-

talidade está vinculada ao significado pessoal, revelando-se também em relação aos valores socioculturais. Assim, ao participar de uma *Atividade* e torná-la uma *Ocupação*, o indivíduo, cliente ou terapeuta o faz com sua totalidade, todo o organismo, todo o psiquismo. Cabeça — Tronco — Membros, pensamento — emoção — ação integrados simbolizam, comunicam, inter-relacionam-se numa linguagem verbal, paraverbal e não-verbal. Realiza-se na *Ocupação* toda a objetividade e subjetividade da vivência afetivo-pessoal contextualizada.

Nessa fase da profissão, o desafio consiste, a nosso ver, em integrar as duas visões de forma a convergirem coerentemente, formando uma imagem clara e unificada, com profundidade, que nos permita desenvolver uma práxis de saúde consciente e crítica, em que já não nos bastará competência técnica desvinculada da consciência política.

"Sem mitos não se sobrevive, com mitos não se cresce" (Junito Brandão, 1986). O mito é também uma mentira, sendo uma verdade que esconde outra verdade. É nosso, da terceira geração, o trabalho de verificar a verdade existente no mito, renunciando à ilusão que ele contém. Para isso é preciso abrir o mito, desmitificá-lo, buscando reencontrar seu valor original e verificar a compatibilidade e viabilidade desse valor com o nosso momento atual, transformando-o em conhecimento.

Talvez essa proposta se configure, dentro de algum tempo, em um ideal e a história continue.

RESUMO

O tema é desenvolvido a partir do modelo trigeracional da família. Ele se compõe do herdado dos avós, constituindo o ideal, do assumido pelos pais através do rito e da proposta dos filhos, no mito. Nosso trabalho é resgatar o ideal e o rito através do mito. Para isso é preciso abrir o mito, desmitificá-lo, buscar seu valor original. Procedendo a verificação da adequação e significado desse valor para o desenvolvimento atual da profissão, transformamos o mito em conhecimento.

SUMMARY

The topic is developed from the Tri-Generational model of the family. It is composed by what is inherited from the grandparents and thus forming the ideal assumed by the parents through the rite and also by what is proposed by the children in the myth. Our objectives are to recover the ideal and the rite through the myth. In order to achieve these objectives it is necessary to open up the myth, to clarify it and to bring back its original value. By following the verification of the meaning and the feasibility of this value for the current development of the profession, it is possible to transform the myth into knowledge.

BIBLIOGRAFIA

- BERENSTEIN, I. *Psicoanalises da estrutura familiar, do destino ao significado*. Paidós, Biblioteca de Psicologia Profunda.
- BRANDÃO, J. 1986. *Mitologia grega*. V. I, Petrópolis, Vozes.
- CAPRA, F. 1982. *O ponto de mutação – A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo, Cultrix.
- FRANCISCO, B. R. 1988. *Terapia Ocupacional*. Campinas, São Paulo, Papyrus.
- JUNG, C. G. *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 8ª ed.
- KIELHOFNER, G.; BURKE, J. P. 1985. *A Terapia Ocupacional após 60 anos: um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimento*. – AJOT 31 (10):6756-89 Nov./Dez./1977 – Trad. por FERRARI, M. A. C. – UFSCAR, São Carlos, 1985 (mimeo.) 39 p.
- MONJAN, O. F. *La identidad y lo mitico en la adolescencia, la familia y los grupos*. Kargieman.
- SEREBRINSKY, B. 1966. *Bases para uma psicoterapia cultural* Buenos Aires, Edeba.
- SOUZA, A. M. N. *A família e seu espaço* Agir.
- SOUZA, C. T. C. 1975 *Relato da experiência profissional em Saúde Mental: Terapia Ocupacional centrada na Atividade, Terapia Ocupacional centrada na ação do terapeuta, Terapia Ocupacional, sistema terapêutico*. Trabalho apresentado no VIII Congresso Nacional da ENUR, Belo Horizonte (mimeo.).
- _____. 1978. *Concepções filosóficas da práxis e consequência na conduta terapêutica*. Trabalho apresentado no II Encontro de Reabilitação de Piracicaba.
- _____. 1977. *O homem e o trabalho: "um processo de transformação"* – Trabalho apresentado na I Semana de Reabilitação/CONUR, Campinas, (mimeo.).
- VÁSQUEZ, A. S. 1977. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2ª ed.

Terapia Ocupacional em ambulatório de saúde mental: subsídios para avaliação

A discussão sobre a teoria e prática da Terapia Ocupacional em Saúde Mental constitui, em nosso país, um campo novo de investigação. Este artigo é parte da pesquisa *Terapia Ocupacional: da política à contrapolítica asilar*, concluída em março de 1990, onde tentamos dar um passo no sentido do levantamento dessa problemática em sua complexidade, contextualizando a Terapia Ocupacional no processo de constituição da psiquiatria a suas instituições no Brasil e mais especificamente em São Paulo. O interesse pelo desenvolvimento dessa pesquisa esteve relacionado às preocupações sentidas no cotidiano das práticas institucionais onde estivemos inseridos, desde 1979 no Manicômio Judiciário e posteriormente no Juqueri, e recentemente aos questionamentos e dificuldades encontradas no processo de implantação da Terapia Ocupacional na rede de Ambulatórios de Saúde Mental, desde 1985.

No início da década de 80, vimos o Estado incorporar a discussão sobre a reorientação da assistência psiquiátrica. No processo de redemocratização da sociedade brasileira e por um governo eleito pelo voto direto, São Paulo, a partir de

1983, implementa uma nova Política de Saúde Mental.

É no contexto dessa nova Política, que enfatiza a assistência extra-hospitalar como alternativa à Política Asilar, que localizamos inovações na assistência pública e destacamos a perspectiva de que o desenvolvimento de novas práticas ocorresse num trabalho em equipe multiprofissional.

Para orientar a prioridade dada à assistência extra-hospitalar, publicou-se em outubro de 1983 a *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental*. Esse documento, dirigido aos profissionais de saúde, pretendia "...propor um programa que garanta a especificidade dos níveis de assistência e a integração entre eles. Visa desencadear um processo de discussão em torno do trabalho em Saúde Mental, no âmbito do Estado de São Paulo, que resulte em reformulações nos atuais procedimentos assistenciais...". Enfatizava também a necessidade de que os serviços pudessem tornar-se espaços capazes de dar continência ao sofrimento psíquico e que a visão de equipe incluísse todos os fun-

Elisabete Ferreira Mângia é docente do curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

cionários da unidade como agentes de saúde mental.

A introdução da Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Enfermagem à assistência ambulatorial exigiu destas a formulação de um perfil de intervenção adequado à nova proposta a ser desenvolvida. Aprofundando a discussão na perspectiva da Terapia Ocupacional temos que, para esta, o espaço até então destinado na assistência pública era o da intervenção no interior dos hospitais psiquiátricos. Agora propõe-se que componha programas dirigidos a pacientes em crise, tentando evitar a internação psiquiátrica. De prática tradicionalmente ligada à manutenção da internação ela é agora chamada a inverter esse papel.

A "*Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais...*" definia a Terapia Ocupacional como "...um método de tratamento que tem como instrumento fundamental de trabalho a atividade terapêutica com objetivos e orientação específicos. Através da dinâmica que se estabelece na relação da tríade terapeuta-paciente-atividade e da conseqüente compreensão da linguagem da ação, a Terapia Ocupacional previne e trata, integrando socialmente indivíduos com perturbações físicas, mentais e/ou sociais pela utilização das capacidades remanescentes. A proposta básica da Terapia Ocupacional é a melhoria da qualidade da vida. Através do uso terapêutico das relações interpessoais de trabalho e lazer..."

A proposta ainda enfatizava que a Terapia Ocupacional desenvolvesse, prioritariamente, atendimentos grupais.

Com a abertura de ambulatórios, a implantação de equipes em UBS e a entrada de profissionais nos serviços já existentes, o Estado absorveu um grande número de novos trabalhadores. Entre o final do ano de 1984 e o início de 85, foram contratados 30 terapeutas ocupacionais, sendo 11 para ambulatórios e 19 para o Juqueri.

A experiência de implantação da Terapia Ocupacional em ambulatório de saúde mental

Participamos diretamente, desde março de 1985, da experiência de inserção da Terapia Ocupacional em duas instituições:

primeiro no Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui e posteriormente, desde março de 1988, na UBS1 Dr. Edgard Mantoanelli. Ambas fizeram parte do Projeto de Saúde Mental da Zona Norte.

No início de 1989, após termos encerrado essas experiências, que não serão aqui comentadas, com base em um estudo preliminar sobre as práticas que havíamos desenvolvido, elaboramos um roteiro (anexo I) para a coleta de depoimentos sobre a experiência dos terapeutas ocupacionais inseridos em ambulatórios de saúde mental. O objetivo inicial foi o de criar subsídios que possibilitassem a realização de uma avaliação das experiências desenvolvidas. Pretendíamos levantar questões tanto sobre os aspectos mais gerais da Política de Saúde Mental como, e mais especificamente, sobre as dificuldades e necessidades sentidas pelos profissionais nos primeiros anos de tentativa de implantação de uma nova Política.

E é um pouco desse trabalho que apresentamos a seguir:

Foram entrevistados 12 terapeutas ocupacionais de 10 ambulatórios da região metropolitana de São Paulo. De um total de 15 ambulatórios, na época, três encontravam-se sem terapeuta ocupacional e em um a profissional encontrava-se em licença médica.

Em contatos individuais o roteiro era apresentado e discutido, solicitava-se ao profissional entrevistado que realizasse seu depoimento sem a nossa interferência e com liberdade para comentar apenas o que julgasse possível naquele momento. Pretendemos com esse procedimento captar as impressões mais emergentes sobre cada questão levantada pelo roteiro, sem o objetivo de captar o máximo de aprofundamento e elaboração que os profissionais pudessem ter para as questões. Tentamos assim desenhar um panorama mais geral das práticas, suas tendências principais. Cada depoimento foi gravado, tendo em média 120 minutos de duração, e posteriormente transcritos integralmente.

Pretendemos, através dos depoimentos, compor quatro perfis distintos:

A — PERFIL INSTITUCIONAL: com o objetivo de caracterizar a estrutura

geral de funcionamento de cada instituição.

B – PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA EM TERAPIA OCUPACIONAL: com o objetivo de estabelecer as características principais da população atendida segundo a visão do profissional.

C – PERFIL DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL: dividido em duas partes: a primeira teve como objetivo caracterizar o atendimento desenvolvido em termos de sua proposta geral, objetivos, recursos técnicos e as diferenças entre o atendimento grupal e individual. A segunda tentou detectar as deficiências da formação profissional e as tendências de especialização seguida pelos técnicos.

D – PERFIL DE OPINIÕES: teve por objetivo tentar apreender os nexos estabelecidos pelos profissionais sobre os temas: 1) Política de Saúde Mental, 2) O trabalho em saúde mental e suas contradições, 3) O movimento dos trabalhadores de saúde mental, 4) A multiprofissionalidade e, finalmente, 5), Avaliar as perspectivas profissionais de cada entrevistado.

Apresentação dos dados e alguns comentários: quanto ao perfil institucional

Dos 10 ambulatórios pesquisados, seis já existiam antes da implantação da nova proposta, tendo em média mais de 10 anos de funcionamento. Os demais foram inaugurados na vigência desta, tendo em média 5 anos.

Em todos a Terapia Ocupacional foi implantada a partir da nova política.

Dos terapeutas entrevistados, cinco estavam nas unidades desde o início da implantação da proposta e cinco ingressaram posteriormente, sendo que um deles estava no ambulatório há apenas 5 meses. Os dados flagraram o êxodo e conseqüente rotatividade dos profissionais nos serviços da rede pública, principalmente naqueles da periferia da cidade.

Quanto à composição das equipes

Percebeu-se que a composição preconizada pelo projeto original de ter-se em cada ambulatório: cinco psiquiatras, cinco psicólogos, três assistentes sociais, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, quatro visitadores domiciliares e seis atendentes de enfermagem mostrou grande variação. Foram relatados extremos dignos de nota como dois ambulatórios que possuíam mais de 10 psiquiatras e um, que na mesma época, estava sem psiquiatra. Observou-se ser nos ambulatórios da periferia onde ocorre o maior êxodo e falta de profissionais.

Em todos os ambulatórios pesquisados, inexistia a função do visitador domiciliar, ao mesmo tempo que é notável a hipertrofia de pessoal em tarefas administrativas, existindo em média 20 funcionários administrativos, por ambulatório, sendo que destes apenas uma pequena parcela, dois ou três por unidade, estão vinculados à assistência. O que mostrou a não-viabilização da proposta inicial de transformar a maioria dos agentes institucionais em participantes no processo assistencial.

As relações hierárquicas são mantidas a partir da figura do diretor da unidade, que é sempre um médico, e de um encarregado administrativo. Parece haver uma tendência, que ficou bem clara em duas unidades, de criar uma subordinação dos funcionários que têm papel na assistência ao enfermeiro, o que mostra um desvio da proposta inicial e a reprodução de uma visão mais tradicional de organização de um serviço de saúde mental.

Quanto à atual proposta de trabalho desenvolvida

Todos os profissionais foram unânimes em afirmar que o trabalho foi iniciado ou reorientado, no caso dos ambulatórios antigos, pela discussão da *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em UBS e ASM*, de 1983.

Percebeu-se certa dificuldade no tecer comentários, mesmo que gerais, sobre o conteúdo dessa proposta:

" – ... eu conheço a cartilha, eu acho que atualmente algumas coisas estão muito distorcidas... a proposta da cartilha é muito ampla e a gente não tem muito recurso para seguir... " (Depoimento 1)

" – ... aquela proposta era de um trabalho muito clínico, até dava uma perspectiva de abertura, mas era uma cartilha, uma receita... " (Dep. 2)

" – Quanto à cartilha, eu não tenho claro, não me lembro qual era a proposta... " (Dep. 3)

" – Acho que a gente no começo leu a proposta da cartilha e basicamente está montado nequeles pressupostos, mas nesses cinco anos, já tivemos diversas formas de organização diferentes. " (Dep. 5)

" – Desde a implantação de um serviço diferente, com profissionais novos, teve uma proposta de trabalho interdisciplinar, de se começar a discutir os atendimentos da nossa demanda, em equipe, e fazer o atendimento em grupo. Pelo menos, agora, o que fica daquela proposta é uma coisa assim. " (Dep. 6)

" – ... acho que naquela época, sem entrar no mérito de se era bom ou não, ... Existia uma proposta clara a nível de governo... embora aqui a cartilha tenha sido colocada como um decreto e não como uma coisa pensada mais amplamente... " (Dep. 9).

Quanto à proposta em desenvolvimento

Percebeu-se que, apesar da prevalência da idéia de organização do trabalho por programas, ocorreu uma grande fragmentação do trabalho em equipe. Na prática, as equipes acabaram subdividindo-se e mantendo pouca articulação entre si. De uma divisão inicial entre equipe de adultos e equipe infantil (é essa a terminologia usada nos ambulatórios), ocorreu também uma fragmentação da equipe de adultos, primeiramente no trabalho com neuróticos e psicóticos e posteriormente com outros grupos.

O critério diagnóstico prevaleceu; neu-

róticos, psicóticos, alcoólatras, epiléticos, etc. seguido do critério de faixa etária; crianças, adolescentes, adultos, terceira idade, e finalmente apareceu também um critério relacionado ao grau de cronicidade; pacientes crônicos, menos crônicos e não-cronificados. Notou-se grande heterogeneidade no uso do critério diagnóstico na seleção da demanda e organização do trabalho assistencial.

A sugestão de organização do trabalho em níveis de intensidade, como foi descrita na *Proposta...*, pareceu não ter sido assimilada pelas equipes, ou, quando foi citada, apresentou-se apenas referida aos Programas de Intensidade Máxima, destinados a pacientes em crise aguda e com o objetivo de evitar-se internações. Apenas três ambulatórios conseguiram manter esse tipo de intervenção.

Todos os ambulatórios realizavam triagem a partir de agendamento prévio, exceto para os casos de emergência. As triagens também foram subdivididas. Nenhum profissional citou a existência de algum trabalho específico de recepção da clientela na unidade.

Quanto ao momento das instituições; os trechos de depoimentos ilustram muito bem a situação

" – Acho que a situação do ambulatório e a de várias instituições públicas, com a saída de muitos profissionais, dificulta, desarticula... ocorrem muitas mudanças, as propostas ficam muito frágeis e duram pouco. Agora há uma nova proposta da Secretaria, essa questão da produtividade, da quantidade... dá um outro rumo ao ambulatório, ... a questão da qualidade acaba não sendo considerada,.... o tipo de tratamento também, os programas foram perdendo a cor, e agora há uma retomada da proposta de atendimento individual. " (Dep. 6)

" – Houve a saída de profissionais..., as exigências de produtividade e a gente não conseguindo discutir o nosso trabalho, enquanto projeto..., temos que atender, a Secretaria exige, se não se produz tanto, não se ganha. " (Dep. 7)

" – A descentralização pulverizou,

não sabemos o que está acontecendo nos outros lugares e com o PGI só se vê a pressão pela produtividade, não há uma proposta clara, só desmobilização... no geral está péssimo, os salários cada vez piores." (Dep. 9)

" – Acho que o momento que a gente atravessa é um momento onde não se tem nenhuma participação, de muito desestímulo, onde as pessoas estão sem nenhuma esperança, muito cansadas, nenhuma perspectiva política,... desânimo geral." (Dep. 10)

Quanto à relação do ambulatório com outros serviços

Os depoimentos coincidiram em afirmar que não se conseguiu estabelecer mecanismos de comunicação adequados com os serviços para onde são encaminhados os pacientes ou com aqueles dos quais se recebem encaminhamentos. As instituições desenvolvem seus trabalhos de forma extremamente isolada, as referências e contra-referências, na região, são apenas formais, não existindo a efetiva comunicação e integração.

Quanto à relação do ambulatório com as internações psiquiátricas, viu-se que

" – A internação... é muito complicado..., desde a ambulância que vem buscar o paciente e que a gente fica esperando o dia inteiro... a gente na verdade não tem um esquema bem montado para atender a essas emergências..." (Dep. 1)

" – A gente faz internações, geralmente usando a rede pública, mas se está em um momento que se pode tudo, inclusive caminhar daqui para hospitais conveniados... só que uma relação com o hospital psiquiátrico, de você ter contato enquanto o paciente está lá, de poder estar discutindo o caso, de poder estar indo lá ver o paciente, isso não existe, o que existe é assim, existe uma central de vagas, a gente precisa de uma vaga, liga para a central que fornece a vaga... não existe um serviço, depois os pacientes não são orientados a voltarem ao ambulatório." (Dep. 2).

" – Na verdade não se tem uma relação clara, do ambulatório com as internações, existe a relação clara de um grupo, muitas vezes eu vi, na emergência, pessoas que poderiam ir para o PIM serem internadas,... não era um grande número porque a gente barrava." (Dep. 7)

" – Não temos contato com o paciente na internação, é a administração que solicita a internação para a central de vagas, após pedido do médico." (Dep. 8)

Só os ambulatórios da Zona Norte mostraram uma relação mais adequada com as unidades de internação:

" – Quando se interna, porque a nossa política é de não internar, é na enfermaria do Hospital do Mandaqui, não se manda para o Pinel e nem para hospitais conveniados... a relação com a enfermaria é boa, dá para ligar, para visitar o paciente e isso é bastante interessante... mas isso também foi um longo processo, até os médicos incorporarem que o ambulatório está lá para isso, para atender a crise, que não é para internar... foi no mínimo um ano de discussão e hoje isso está mais organizado." (Dep. 3)

" – A proposta de evitar a internação psiquiátrica sempre houve, agora, considerando-se a instituição como um conjunto de pessoas, acho que há pessoas mais e outras menos preocupadas com essa questão. Acho que nem todas as internações que acontecem são de consenso. Acho que as internações diminuíram muito." (Dep. 6)

É interessante observar que uma cultura da não-internação pode sustentar-se, mesmo que não-hegemonicamente, mas a viabilização desse princípio depende de uma série de fatores que nem sempre acontecem: a existência de uma alternativa real à internação, em termos assistenciais, como os PIMs (Programas de Intensidade Máxima) associados a serviço eficiente de emergência psiquiátrica, com leitos de curta permanência parece de fundamental importância.

Quanto à questão da supervisão, institucional e técnica

Todos os ambulatórios pesquisados passaram por supervisões institucionais e técnicas, os profissionais avaliaram essas experiências como positivas e apontaram sua contribuição principalmente em relação à melhoria das relações de trabalho. Na época da coleta dos depoimentos, em apenas um ambulatório ocorria a prática da supervisão institucional. Todos os demais reivindicaram supervisão, institucional, técnica ou ambas, e atribuíam aos ERSAS a dificuldade em se conseguir concretizar as propostas. Em três ambulatórios ocorria o processo de discussão para escolha de supervisores. Na região de Santo Amaro relatou-se a existência de uma supervisão destinada às equipes de unidades da região que desenvolviam trabalhos com crianças.

Em relação à população atendida em Terapia Ocupacional

No plano mais geral, os profissionais consideraram primeiramente a questão diagnóstica e em segundo lugar, as características socio-econômicas; tivemos então:

" — ...são pacientes adultos, psicóticos, crônicos ou agudos,... não têm critério a nível de diagnóstico nem de número de internações, mas são pacientes que têm comprometimento emocional muito forte... é uma população trabalhadora, quando chegam aqui estão na caixa, mas geralmente são pessoas que já trabalharam... até começarem a ficar doentes..." (Dep. 2)

" — São adultos jovens, isso com relação aos psicóticos... tem uma população de faixa etária maior, que são os crônicos... População basicamente de uma classe social baixa, socialmente carente, moram na região, ...baixa renda... Em geral, os psicóticos não estão trabalhando, acabam abandonando o trabalho por conta da crise e fica muito difícil voltar..." (Dep. 3)

" — ...basicamente atendo psicóti-

cos,... as condições sociais são de uma população carente, de condições culturais mais limitadas, é uma população jovem, não estou com pacientes crônicos... Os pacientes geralmente não estão trabalhando, ...pararam de fazer tudo..." (Dep. 6).

" — ...é uma área da periferia, a população que procura o ambulatório tem uma realidade econômica, cultural, de moradia, de alimentação, bastante difícil e a grande maioria nem tem assistência previdenciária. É uma população que mesmo antes do processo de doença já ocupava trabalhos marginalizados, subempregos..." (Dep. 11)

Todos os profissionais, em seus depoimentos, foram unânimes ao afirmarem a correlação entre o sofrimento psíquico e as condições de vida e trabalho da população atendida. É importante apontar que essa percepção, por si só, pareceu não levar ao questionamento do próprio papel da assistência prestada pelas unidades.

" — ...e a gente percebe que a questão da doença mental vem muito carregada dessa situação social, que a vida das pessoas é extremamente empobrecida, em todos os aspectos, acaba de alguma forma em doença e não só em doença mental mas em todo tipo de doenças..." (Dep. 11)

Frente a essa constatação, alguns profissionais chegaram ao questionamento sobre o verdadeiro papel social dos serviços de saúde mental, e dois profissionais referiram-se à necessidade de criação de trabalhos comunitários com outras características, embora não tenham sido relatadas experiências desse tipo.

Sobre a relação entre altas e abandonos

Nesse aspecto, houve consenso na constatação do elevado índice de abandonos, sendo essa situação atribuída à hipótese dos ambulatórios não oferecerem aquilo que a população busca, ou que o tipo de atendimento oferecido não responde a necessidades mais imediatas da população que a ele recorre.

Por outro lado relatou-se, em todas as experiências, a existência de grande dificuldade na definição de critérios de alta, o que acaba ocorrendo é que no geral não se dá alta.

Quanto ao perfil do atendimento em Terapia Ocupacional

Como foi apontado, os depoimentos referem como principal tarefa da Terapia Ocupacional o atendimento a pacientes diagnosticados como psicóticos, seguido do atendimento a crianças. As práticas grupais são priorizadas. Observou-se que não há propriamente um critério que defina o porquê da opção pelos atendimentos em grupo. Também, em relação aos atendimentos individuais, que são pouco desenvolvidos, não são definidos critérios objetivos. Os depoimentos falam em "dificuldade para estar em grupo", como sendo o critério que define a opção pelo atendimento individualizado e na "não existência de contra-indicação para estar em grupo", como o critério que define a opção pelo atendimento grupal.

Quanto aos objetivos do trabalho e o tipo de abordagem utilizada

Detectou-se nas respostas a essa questão grande indefinição sobre a especificidade das práticas de Terapia Ocupacional desenvolvidas. Parece que faltam referenciais teóricos, o que aponta para a necessidade de desenvolvimento teórico da área.

Há uma heterogeneidade e relativização de critérios muito grande.

Em termos de objetivos específicos, apontou-se principalmente para a questão da comunicação e do pragmatismo.

Quanto ao tipo de abordagem, prevaleceu nas definições a caracterização da abordagem como *psicodinâmica* e uma classificação quanto ao desenvolvimento de práticas *diretivas* e *não-diretivas*, dependendo da necessidade do paciente. Apontamos aqui certa dificuldade na formulação do tema, evidenciamos que os

relatos sobre as práticas desenvolvidas apresentaram grande riqueza de detalhes e preocupações que não se traduziram nas formulações apresentadas ou que não apareceram quando se tentou *teorizar* a prática.

" — ...geralmente na T.O. a gente tenta melhorar o contato do paciente com as coisas, eu diria com as coisas, por exemplo... comigo, com a sala, com as pessoas, com os objetos, com os materiais, com a família e evitar internação. Não tem objetivo nenhum de cura, eu acho que se conseguirmos manter o paciente bem, com até alguma atividade produtiva... " (Dep. 2)

" — Acho que a T.O. no ambulatório visa a questão terapêutica, mas está muito voltada para a questão da comunicação... a gente consegue perceber mais a questão da comunicação como uma questão ligada à T.O., os próprios técnicos têm esse critério para os encaminhamentos... Não existe um critério rígido... para a T.O. se parte mais da questão da comunicação e do pragmatismo... para o PIM o critério é o paciente estar em surto, não se agredir e não ter risco de agressão aos outros." - (Dep. 4)

" — O tipo de abordagem é dinâmica... para as crianças e para os adultos, depende do caso... se os pacientes são muito cronicados, há uma abordagem mais diretiva... o uso de atividade não é obrigatório, é um instrumento facilitador da comunicação." (Dep. 10)

" — ... Os objetivos eram esses de estar trabalhando diretamente com a queixa mas também de estar podendo transformar isso numa coisa mais compartilhada, poder tomar consciência desse processo... O uso de atividades é um uso livre, a gente tem uma sala de T.O. grande, bem equipada... e que vem sendo usada não só pela T.O. Há uma vida e a própria organização dela é feita pelos pacientes..." (Dep. 10)

Em relação a como os profissionais definem a Terapia Ocupacional, a partir da prática que realizam, tivemos:

" – Quanto à minha definição de T.O., aquela definição que a gente aprende na faculdade é uma definição muito chapada, muito indiferenciada, eu acho que foi mudando... e o que eu conseguiria falar, a grosso modo, seria que a T.O. se presta na maioria dos momentos, principalmente para o trabalho com psicóticos, que é o que mais eu venho fazendo, se presta a dar condições para o paciente experimentar coisas que ele não pode experimentar e trabalhar em toda a sua vida para poder resolvê-las ou não..." (Dep. 1)

" – Acho que a T.O. é usar atividades, é cada vez mais interiorizar as atividades, pegar uma atividade, estudar aquilo que pode propiciar, fazer análise... e conhecer um pouco de psicopatologia, de psicodinâmica, e juntar essas coisas, acho que a T.O. é tentar juntar o momento do paciente, o momento de sofrimento..., com uma atividade, na qual ele possa se ver na atividade, ele possa fazer alguma coisa..." (Dep. 2)

" – ... pensando na minha experiência, eu definiria a T.O. como sendo uma prática, uma técnica terapêutica que tem como recurso a utilização de atividades com objetivo de estar estabelecendo um vínculo com a pessoa." (Dep. 3)

" – Acho que a T.O. é um tipo de ajuda que se pode dar para algumas pessoas, o contato, a forma de expressão que propicia, o tipo de discussão que pode promover... acho que a coisa da linguagem é específica, acho que a existência da atividade promove uma ajuda específica, tem alguns pacientes que não dá para outro tipo de abordagem..." (Dep. 6)

" – Acho que é difícil para os T.Os falarem de seu trabalho... O T.O. é um trabalhador da saúde que usa um recurso específico para tratar... o recurso da T.O. é a atividade, que pode ser múltipla, mas que em alguns momentos é específica... o que vai definir isso é a demanda do grupo e da pessoa..." (Dep. 7)

" – Acho que a T.O. que eu pratico tenta ser uma forma de tratamento para pessoas mais regredidas, ser assim um

degrauzinho na evolução dessa pessoa..." (Dep. 10)

" – Para mim a T.O. vem como uma forma de atendimento em que você está lidando com aspectos extremamente amplos da vida do indivíduo, mas que ele traz para a gente centralizado em um problema. Na T.O. a gente transforma esse problema em algo da vida dele, faz uso da atividade do ser humano para tentar estar resolvendo a problemática visualizada..." (Dep. 11)

Parece que a falta de um processo mais aprofundado de reflexão sobre o que se faz, articulado a referências teóricas mais seguras, produz uma certa confusão conceitual. O que, em nossa opinião, limita a percepção para a riqueza e contradições das práticas realizadas, dificultando a teorização. Por outro lado notamos que esse não é um problema exclusivo da Terapia Ocupacional, mas de todas as intervenções em saúde mental.

Quanto à formação universitária e sua relação com as necessidades profissionais

Os depoimentos apontaram para a deficiência do ensino universitário na área. A formação foi colocada como distante da realidade profissional e muito deficitária. Todos os terapeutas ouvidos tentaram superar essa dificuldade através de cursos, estágios, grupos de estudo supervisão e autodidatismo. Nesse processo é importante ressaltar o papel do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional – CETO, por onde passaram metade dos entrevistados.

Todos os profissionais apontaram como prioritário o desenvolvimento de subsídios teóricos na área.

Finalizando

Tentamos até aqui promover o levantamento das principais características da Terapia Ocupacional em sua prática nos ambulatórios de saúde mental.

O conteúdo dos depoimentos é muito rico e não foi aqui explorado em todas as suas dimensões. Tanto as práticas por

nós desenvolvidas como as verificadas através do contato com outros profissionais apontaram para a necessidade urgente de reflexão e aprofundamento teórico que possa contribuir na solução dos impasses ora enfrentados e fundamentar o desenvolvimento de novas práticas. Há pontos importantes de serem assinalados:

– A prática mostrou que as intenções contidas na *cartilha*, nome pelo qual ficou conhecida a *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais...*, eram predominantemente técnico-administrativas e deixaram de contemplar uma série de contradições que muito cedo apareceram.

– A dificuldade dos novos profissionais em desenvolverem e formularem as pretendidas práticas alternativas parece tê-los levado ao impasse entre o modelo médico ou práticas psicoterápicas. O viés tecnicista acabou prevalecendo, trazendo um sentimento de impotência aos novos trabalhadores que percebiam-se incapazes de desenvolverem novas práticas pela falta de uma formação técnica específica.

– A psicanálise acabou tornando-se o recurso desejado mas inatingível e essa situação deveu-se, em larga medida, ao tipo de prática desenvolvida pelos supervisores institucionais e técnicos, que em sua maioria tinham formação psicanalítica.

– Esse *ofuscamento* produzido pela suposta necessidade imprescindível da técnica impediu, também, a valorização e persistência de práticas realmente inovadoras e transformadoras.

– O excesso de demanda, principalmente nos ambulatórios mais periféricos, muitas vezes interrompeu o acesso da população aos ambulatórios, que muitas vezes fechavam suas portas para avaliar o que fazer.

– Além de assinalar diagnósticos e faixas etárias, a *cartilha* não avalia quem seriam esses sujeitos sociais alvo da intervenção pretendida. Sua inserção social, necessidades objetivas e subjetivas. Daí um enfrentamento às *cegas* da realidade social. Tanto na teoria como na prática,

idealizava-se o social e as próprias estruturas prestadoras de serviço como capazes de responder à demanda.

– Organizar o ambulatório na visão técnico-administrativa consiste apenas em organizar programas, previamente definidos pelo critério diagnóstico e de faixa etária e garantir um suporte técnico adequado ao enfrentamento das *patologias em questão*. Não explicitando o sentido político dessa prática.

– Por outro lado, o nível de consciência dos trabalhadores de saúde mental sobre o papel político que desempenham, independentemente de suas vontades individuais, parece ainda muito incipiente. Assim, a fragilidade do discurso oficial não foi superada por um posicionamento diferenciado dos trabalhadores de saúde mental.

Com o levantamento desses pontos de questionamento, não pretendemos invalidar a importância das experiências desenvolvidas. Há, inegavelmente, um saldo positivo, um avanço real que deve ser valorizado e preservado.

Há determinações de ordem mais geral que devem ser vistas, inclusive, com um nível de importância maior do que o da relação entre governo e trabalhadores de saúde mental.

– A participação do usuário e a aliança necessária entre esse e os trabalhadores de saúde mental não se concretizou na prática. Assim, a luta dos TSM travou-se basicamente no interior das instituições, não conseguindo romper seus muros.

– Tentou-se uma reforma assistencial com vistas a uma transformação na política de saúde mental numa conjuntura econômico-social que manteve sua lógica e que não estava sendo transformada.

– Atualmente, é nítido o sucateamento da rede pública de saúde e o descaso governamental nessa questão.

A reforma administrativa da Secretaria da Saúde e a lentidão na implantação do

SUS em São Paulo parecem servir apenas para reforçar interesses locais, clientelistas e eleitoreiros dos detentores do poder político no estado.

Não houve uma resposta à altura por parte da sociedade civil organizada; entidades da saúde, sindicatos e movimentos populares de saúde. Percebe-se atualmente um retrocesso nos movimentos que seriam supostamente capazes de fazer reverter esse quadro.

A saúde pública no País vive um grande impasse; no plano institucional há o avanço representado pelo SUS e pelo

novo texto constitucional, mas que não está sendo concretizado; a questão que fica sobre esse momento é: Que forças poderiam fazer esse processo avançar em direção aos interesses da maioria da população?

Finalmente, salientamos que a construção de uma nova prática não depende apenas de um esforço interno à profissão e só é possível quando existe a contrapartida no movimento do real, na necessidade objetiva de mudança e sujeitos sensíveis a isso, do contrário nenhuma nova prática irá consolidar-se nem tampouco tornar-se hegemônica.

ANEXO 1

<i>Terapeuta entrevistada.....</i>	<i>Data:.....</i>
<i>Tempo de formado.....</i>	
A – PERFIL INSTITUCIONAL	
<i>1. Ambulatório.....</i>	
<i>2. Tempo de implantação.....</i>	
<i>3. Tempo de implantação da T.O.....</i>	
<i>4. Ingresso do terapeuta atual no ambulatório.....</i>	
<i>5. Composição da equipe: médico psiquiatra....., médico de outras especialidades....., psicólogo....., assistente social....., enfermeiro....., fonoaudiólogo....., terapeuta ocupacional.....</i>	
<i>equipe não-técnica: administrativos.....</i>	
<i>ligados à assistência.....</i>	
<i>Hierarquia.....</i>	
<i>Articulações.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>6. Proposta Institucional (descrição).....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>7. Relação entre a Proposta Institucional atual e a Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em UBS e ASM-1983.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>8. Processo de constituição da proposta atual.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	

6. Alta/abandono

7. Outros dados considerados importantes

C – PERFIL DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL

C.1. Quanto à prática

1. Inserção em programas

2. Proposta de atendimento em Terapia Ocupacional.....

3. Dinâmica de atendimento.....

4. Objetivos gerais

5. Critérios de encaminhamento

6. Proposta de atendimento individualizado:

nº de pacientes

rotatividade

critérios

objetivos específicos

tipo de abordagem.....

uso de atividades

7. Proposta de atendimento grupal:

nº de pacientes

rotatividade

critérios

.....

objetivos específicos

.....

tipo de abordagem

.....

uso de atividades

.....

8. Como avalia a inserção da T.O. em ambulatório de Saúde Mental? (processo e momento atual)

.....

.....

9. A partir de sua prática, como define a T.O.?

.....

.....

.....

C.2. Quanto à formação

1. Correlação entre a formação universitária e as necessidades sentidas na prática profissional

.....

2. Necessidades mais imediatamente reconhecidas quando do início do exercício profissional na área da Saúde Mental

.....

.....

3. Investimento atual na formação (tendência principal)

.....

.....

através de: grupo de estudo

.....

cursos

supervisão

autodidatismo

.....

.....

4. Autores e/ou bibliografia básica para formação na área

5. Perfil ideal do T.O. em ambulatório de Saúde Mental.....

D. OPINIÕES DO T.O.

1. Sobre a Política de Saúde Mental hoje

2. Sobre o trabalho em Saúde Mental e suas contradições

3. Sobre a articulação do movimento de TSM ou qualquer outro movimento social

4. Sobre a multidisciplinaridade

5. Sobre suas perspectivas profissionais

RESUMO

Este artigo é parte da pesquisa *Terapia ocupacional: da política à contra política asilar*. Apresenta subsídios para a avaliação das práticas desenvolvidas pela Terapia Ocupacional em Ambulatórios de Saúde Mental, no município de São Paulo, a partir da análise de dados de entrevistas de profissionais que atuam nessas instituições.

ABSTRACT

This article belongs to a research denominated "Occupational Therapy: from Politics to Asiluns counterpolitics". This subject introduces some subsidies to appraise Occupational Therapy practices developed by Mental Health Ambulatories in São Paulo, start from the interviews analysis of the professionals who work in these institutions.

Referências Bibliográficas

MANGIA, E. F. *Terapia Ocupacional: da política à contra política asilar*. Relatório de pesquisa. 1990. FMUSP.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – *Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental*. Arquivos da CSM Estado de São Paulo. V. XLIII, nº especial, jan./82 a dez./83.

A Desinstitucionalização é Desospitalização ou Desconstrução?

INTRODUÇÃO

O termo desinstitucionalização, criado pelos americanos, designa os processos de *alta* dos pacientes psiquiátricos e de reinserção na comunidade, que tiveram início nos EUA há mais ou menos 30 anos. No entanto, na reorganização da sociedade européia do segundo pós-guerra, surgiram movimentos de reforma da psiquiatria, produzindo diversos desdobramentos e significados da noção de desinstitucionalização. Significa, portanto, esclarecer um lugar no interior da reflexão do que representam as instituições da violência, as instituições totais; debate que se iniciou com a Europa do pós-guerra e nos EUA nas décadas de 50/60.

Durante esse período, surgiram propostas alternativas ao manicômio, seguindo a idéia de que o doente mental poderia ser tratado mais eficazmente em serviços na comunidade, descentralizados, do que em instituições fechadas e isoladas dos centros urbanos. A psiquiatria pública adota como critério a noção da continuidade do tratamento, onde haveria três grandes momentos para a intervenção: na prevenção, tratamento e reabilitação. Contudo, dentro destes critérios que dominavam a

política social no campo da saúde mental, duas posições disputavam uma hegemonia: o modelo da segregação e internação e o da intervenção territorial. Mas, a *desinstitucionalização* constituirá a escolha política e teórica desta última e que, por sua vez, apresentava-se com duas estratégias de *enfrentamento* do manicômio: a criação no território de serviços assistenciais, deslocando a ênfase no hospital e a posição segundo a qual seria necessário começar do interior do manicômio, criar as condições de sua desmontagem.

Mas, para compreender a história da psiquiatria européia desta segunda metade do século XX é preciso contextualizá-la no interior da história da constituição do Estado do Bem-Estar Social (e das políticas do Welfare State), que realizam uma passagem fundamental do custodialismo ao assistencialismo; dentro da afirmação do Estado Social e do seu papel na política e na regulação social. Em outras palavras, o Estado inicia um processo de centrar em si um complexo de funções de administração e distribuição de recursos e assistência. Deverá gerir os problemas sociais que a crise capitalista havia produzido ou agigantado. O Estado Assistencial se legitima apenas enquanto é capaz de resolver os

Denise Dias Barros é docente do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP.

problemas que uma determinada sociedade produziu em seu interior. A Assistência torna-se um empreendimento social, é reorganizada como motor de desenvolvimento social e, também, de empreendimento econômico, pois torna-se um terreno de investimento produtivo. Sai da filantropia e da filosofia de ajuda social doada e penetra num cenário onde doentes e marginais representam uma terra de conquistas.

Assim, o caráter privado da miséria, da pobreza e da marginalidade, que vinha sendo empreendido como culpa e de responsabilidade social, tornam-se um problema público. Isto significa que tais problemas não devem ser (teoricamente) reprimidos mas, administrados; o próprio tecido social que os gera deve ser *controlado*. Os desviantes saem de sua anomia e começam a entrar num circuito de dependência. Essa é a dupla face da assistência: é o circuito do direito e, também, o circuito da dependência. Todos os pobres e desviantes deverão ser assistidos, isto é, serão os beneficiários e os consumidores de assistência social.

Existe, principalmente no final dos anos 50 e na década de 60, uma expansão das áreas e das competências administrativas do Estado, que penetra no tecido da sociedade civil, onde os problemas sociais serão, tendencialmente, interpretados como questões para uma gestão administrativa. Administração que será competente ou incompetente no decodificar e *resolver* determinadas questões através do saber técnico (psicológico ou médico).

A criação de sistemas assecurativos e a idéia da saúde como direito de todos teve sua vanguarda na Inglaterra que, já nos anos 40, o havia afirmado. Mas na psiquiatria as grandes mudanças não ocorreram após 1955, isto é, após a introdução dos psicofármacos, que produziu, inicialmente, um grande otimismo.

Proporcionou modificação nos espaços terapêuticos, aberturas de portas, inclusão da psiquiatria na reforma sanitária. Esse período, que irá até o início dos anos 70, assistirá a criação de muitos serviços comunitários com a assistência nacionalizada.

Na França, muitos psiquiatras, que ha-

viam participado da resistência contra os alemães, trabalharam pela abertura de um manicômio na região central do país (Saint-Alban). Pode-se afirmar que a psicoterapia institucional nasceu após essa mobilização, depois levada a outros manicômios. A reforma da psiquiatria francesa produziu a chamada psiquiatria de setor, isto é, fez uma divisão por regiões, onde as equipes psiquiátricas deveriam atuar através de centros especializados e assistenciais. A organização é orientada pela idéia de atenção segundo critérios de competências especializadas, não sendo eliminado o recurso da internação. A França, apesar de uma forte presença de especialistas e de uma intensa produção teórica no campo da sócio-análise, psicoterapia institucional e análise institucional, possui, hoje, cerca de 100 mil pessoas internadas (mais de 60% negras) e uma significativa *cronificação* extra-hospitalar. Isto é, existe uma população que permanece vinculada aos serviços através de sua *doença*. O Estado assistencial se traduziu na presença de uma tecnização que exclui continuamente, a partir de um código técnico, que impossibilita uma compreensão da demanda em sua complexidade e diversidade.

Criaram-se muitos serviços, cada um ocupando-se de uma parte pré-selecionada da demanda. Mostram-se, hoje, como estruturas frágeis em sua incapacidade de compreender a que estratégia de controle servem. Perdeu seu desenho reformador inicial.

Hoje, todos sabemos do que é composto e quem lotava e continua lotando os manicômios: pessoas com menor poder contratual, com menor acesso e recurso contratual frente aos sistemas de tratamento. Portanto, censurar esses problemas não assumindo-os significa fechar-se uma ideologia terapêutica ou numa *vocação terapêutica* (única) de tratar e de fazer muito bem o que se faz, mas, sem se perguntar onde se está inserido.

Os EUA estão entre os primeiros que levantaram a bandeira da necessidade da presença do Estado na regulação social, da criação das políticas do Welfare State.

No campo psiquiátrico, a desinstitucionalização será um processo de racionalização de recursos e de *Des-hospitaliza-*

ção, através da criação de uma rede de serviços de pequenas dimensões na comunidade, segundo uma proposta hierarquizada da assistência.

Após um primeiro momento de denúncias da natureza e da violência das instituições totais (GOFFMAN, 1974), a desinstitucionalização americana transformou-se em um processo de altas *forçosas*: de transferências de pessoas (principalmente casos crônicos) a outras instituições (asilos) não-psiquiátricas e/ou menores, a comunidades privadas ou, ainda, deixadas abandonadas nas periferias das cidades. Criou-se, assim, uma população que gira de uma instituição a outra, que entra e sai continuamente, situação conhecida como *revolving door*. A desmontagem é das grandes estruturas hospitalares. A ênfase dos pequenos centros assistenciais é voltada para a prevenção de uma *população de risco*. Desta forma, nenhum serviço faz-se responsável pela assistência global das necessidades dos pacientes.

Podemos dizer que se assistiu a um *contágio* da cultura manicomial. A psiquiatria reforma-se e cria uma *instituição* alargada e difusa no território, sem transformar ou rever os paradigmas que haviam criado o asilo.

Criou-se, ao contrário, uma rede mais eficaz para o conhecimento e controle, ampliando o campo da ação técnica (médica e psicológica) a campos antes estranhos a ela.

Robert Castel vai chamar esse processo de "miniaturização do controle", isto é, o difundir e expandir das formas de internação, não mais em macroinstituições, mas em pequenas, onde o doente continua a existir, a viver numa extrema miséria de direitos e de exercício dos direitos.

As formas do controle transformaram-se, obedecendo a um processo que Foucault chamou de "internalização". O controle, que no início da Idade Média ocorre de forma explícita sobre o corpo, passará, através das instituições, a ser disciplinar. Disciplinarização (característica da organização da sociedade burguesa) que vem introjetada como valor e assim o controle dos corpos pode como controle de imaginário, da subjetividade. Isso não

quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste mais limpo, modernizado ou *humanizado*. O manicômio alimenta a necessidade de sua própria reprodução; em sua suposta capacidade de circunscrever o contágio da doença mental, termina por ser o lugar da contaminação (Gallio, 1983), isto é, da lógica e da cultura que é a aceitação naturalizada da violência. Para enfrentar o sofrimento, seria necessário iniciar no combate a essa *doença-instituição*, através de um percurso de rupturas onde a epidemiologia não deve significar reconstrução de uma ordem causal entre sofrimento, sua racionalização em termos de doença e a gestão de sua conseqüente ordenação que se concretiza em respostas previamente estabelecidas.

A tutela, a custódia, significam a subtração da pessoa da possibilidade das trocas sociais, que só pode, então, estabelecer relações de dependência pessoal, que são uma forma regressiva de relação. Assim, desconstruir o manicômio significa *saltar para fora* da tutela, reentrar nas relações de troca, participar de um contrato social.

No interior do processo de organização da sociedade burguesa, *pareceu natural* organizar, administrar os grupos humanos através:

- 1 – de instituições que disciplinassem os corpos e os transformassem em "corpos dóceis", administrando os espaços e o tempo com uma rotina que reprova o vazio institucional;

- 2 – da constituição de um mandato social onde técnicos e especialistas da medicina psiquiátrica deveriam responder como garantidores dos valores e da ordem social.

Expõe-se claramente a relação entre a doença, a psiquiatria e a ordem pública, entre o princípio da periculosidade que, aplicado à doença, termina por criminalizá-la, justificando o seqüestro da pessoa e sua custódia. Foucault nos dirá que o primeiro anel de aprisionamento da loucura é a miséria; miséria e loucura separam-se formalmente e o miserável louco será o perigoso, o imprevisível e irrecuperável,

cujo lugar natural será o hospital psiquiátrico. O manicômio é metáfora das instituições assistenciais modernas. É a "repetição do ritual da separação" (FOUCAULT, 1987), daquela separação e expropriação do sujeito de suas condições materiais de vida, que se exercita na forma da produção capitalista (ROTELLI, 1990).

Serão os conteúdos obscuros deste lugar natural para loucos que o movimento da psiquiatria italiana buscará, no início dos anos 60, desnudar. Revelar uma violência, recordando Barthes: "o que é evidente é violento" e "o natural é o último dos ultrajes" (BARTHES, 1977, p.92)

A experiência italiana é uma experiência crítica face aos modelos de transformação institucional que ocorreram na Europa e é tardio em relação aos outros países. A situação italiana era, até 1960, coerente com a lógica manicomial e a própria luta pela saúde como direito de todos só ganhará força quando dos grandes movimentos sociais de 68/69 e início da década de 70. Até 1978, os sistemas assegurativos estavam vinculados às corporações profissionais.

O movimento de transformação da psiquiatria fará dos processos (acertos e falimentos) das outras experiências europeias uma fonte de riquezas. Faz aliança com outros movimentos sociais de avançados, radicaliza a força das denúncias sobre a instituição psiquiátrica, criando caminhos para a desmontagem real da instituição psiquiátrica que significa, também, a desconstrução de uma materialidade, de um saber e das interferências de saberes que se consolidaram dentro do saber psiquiátrico. Uma desconstrução que é um trabalho hermenêutico, que procura descobrir a genealogia, as ascendências fortes de um saber. Descobre e põe em evidência tudo aquilo que o saber psiquiátrico censurou ou tornou invisível no seu constituir-se, acentua e utiliza todas as fragilidades da psiquiatria. Focaliza os nexos saber-poder, assimilando as lições de Foucault, que a psiquiatria possui: um saber com uma epistemologia frágil e cuja prática está ligada a uma série de instituições com exigências imediatas de natureza econômica, política e de regulação social. (GALLIO, 1990)

Esta é uma novidade do movimento

italiano, isto é, enquanto nos outros países os reformadores da psiquiatria pensavam o manicômio como uma estrutura arcaica e anacrônica que deveria ser modernizada, Basaglia dirá que ela absorveria, na modernidade, uma série de funções que não são produtos nem casuais nem atrasados no bojo de um sistema moderno. A psiquiatria continua a absorver uma função essencial para a medicina, para a assistência e para a ordem pública: ela é o ponto de confluência dos resíduos de todos os sistemas que utilizam critérios de racionalidade e que expõem continuamente, de si, tudo o que não se enquadra às normas que precedem seu funcionamento. É o lugar do acúmulo dos resíduos dos processos de exclusão da organização sanitária, da organização assistencial e da ordem pública.

Esse híbrido institucional, que é sua força, transforma-a em algo diverso da medicina, da assistência e da justiça, mas com as quais compartilha muitos aspectos.

A psiquiatria italiana vai procurar decompor a demanda e pergunta quem são essas pessoas internadas, para denunciar os arbítrios e incongruências entre a definição abstrata da doença (sobre a qual se erguem as instituições) e as necessidades de um sujeito concreto. Nesse sentido, Basaglia dizia que a psiquiatria colocou o homem entre parênteses, preocupando-se com a doença. Isto é, dizia que "o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício — a doença — da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social, construindo sobre esta separação artificial aparatos científicos, legislativos, administrativos, todos eles referidos à doença" (BASAGLIA, 1982, p.257). Este conjunto é o que é preciso decompor, desconstruir, para retomar o contato com a existência dos pacientes.

Para Basaglia, saúde e doença não são termos opostos (a primeira, a realização ideal da vida, e a segunda, sua negação), mas formas de manifestações do vivo; assim, "delinqüência e loucura são expressões do que o homem é ou pode ser e, ao mesmo tempo, do que pode chegar a ser através de seu mundo de relações". O delinqüente e o louco conser-

vam também, na delinqüência ou na loucura, as outras faces de seu ser: de sofrimento, importância, vitalidade, necessidade de uma existência que não seja delinqüência ou doente" (BASAGLIA, 1982, p. 326).

O indivíduo considerado doente ou delinqüente tem seu ser reduzido a estas totalidades negativas, constituídas pela polarização em um ou outro elemento no qual foi artificialmente dividido; justifica-se, desta maneira, a *necessidade* de sua exclusão-tratamento.

As estratégias de desmontagens da instituição manicomial, quando são, também, estratégias de *desmontagens* das estratégias de desmontagens dos conceitos de saúde e da doença mental, podem ser compreendidas como *desconstrução* no sentido que esta categoria assume para J. Derrida (DERRIDA, 1989), onde significa, contemporaneamente, uma posição filosófica, uma estratégia política e uma modalidade de comunicação.

A desinstitucionalização é desconstrução do manicômio quando é capaz de decompor o agir institucional, isto é, quando compõem um feixe de estratégias que demonstram, desconstruem as soluções para compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, mas decompondo os sistemas de ação, de interação e de justificação no qual cada elemento se insere.

Desconstruir a instituição psiquiátrica significa mostrar (a partir de seu interior) como se subverte a filosofia que a sustenta e, ainda, as oposições hierárquicas sobre as quais se baseia. A psiquiatria italiana procura essa estrada: sobre uma análise histórica do saber e das práticas psiquiátricas, busca-se a desconstrução do seu aparato material (o manicômio) e simbólico (dos mecanismos de eliminação e exclusão). Assim, a opção prática não foi a de criar novas estruturas no território (na comunidade), confiando num enfraquecimento espontâneo do sistema asilar.

Em Trieste (situação mais orgânica e longa da psiquiatria italiana), o manicômio foi desconstruído. Hoje, o lugar concreto de exclusão, "a ilha feliz", desapareceu, surgindo em seu lugar uma rede descen-

tralizada de múltiplos serviços de pequena dimensão mas estruturados como "serviços fortes" (GIANNICHECKA, 1982), responsáveis pela potencialização de soluções múltiplas para necessidades e dificuldades concretas que ocorram no processo de vida de uma determinada população (cerca de 50 mil habitantes/Centro de Saúde Mental). A relação é contratual, de assistência e não de tutela e custódia, uma vez que, em 1978, foi aprovada uma lei nacional que confere o estatuto de cidadão a toda pessoa que sofra de problemas mentais e que proibiu novas alternativas manicomiais, determinando o progressivo esvaziamento dos já existentes.

No entanto, a "desinstitucionalização", a "desconstrução" do manicômio, enquanto manifestação concretizada ou institucionalizada dos processos de exclusão, de produção, de dependência, de cronicidade, de expropriação, de formas da subjetividade e sua expressão, é interminável (ROTELLI, 1990), ou, não se elimina, eliminando os muros do manicômio e da psiquiatria.

Os operadores triestinos vão perceber que, mesmo fazendo crolar os muros, será necessário *acompanhar* os excluídos e os restituídos a uma vida que exclui através do mundo das trocas, buscando agora *enfrentar* a provação (espiritual e material) que é a base da cronicidade. Percebe-se a necessidade, ou a condenação, enquanto técnicos em saúde mental, de continuar a ser instituição (ainda que de outra ordem), porque têm necessidade aqueles que tinham uma longa história de internação e aqueles que seriam os *novos excluídos* das trocas sociais, os novos resíduos. Evidencia-se desta forma que eliminar o manicômio, locus paradigmático da segregação não significa eliminar o mandato de controle social que recobre o papel dos técnicos de saúde, que continua ocupando lugar na mediação entre indivíduo e sociedade, entre doença e normalidade. Desta forma um desafio permanece: exercer dialeticamente esse papel em sua contradição, "advogado" os direitos civis e sociais e buscando possibilitar a criação de formas de emancipação.

RESUMO

Trata-se de uma discussão sobre os movimentos (conteúdos e proposta) de reforma da psiquiatria que surgiram na Europa e nos EUA nesta última metade do século XX. A chave da leitura realiza-se através da análise dos conteúdos e práticas que foram sendo constituídos sob a noção de Desinstitucionalização, dentro de uma reflexão sobre o que representam as instituições da violência – o manicômio na modernidade.

ABSTRACT

This article discusses the psychiatry reform movement that appeared in Europe and in the U.S. this century's last half. This work analyses contents and practices that have been constituted under the notion of Desinstitutionalization, in a consideration on what represents the violence's institutions – the madhouse in modernity.

Referências Bibliográficas

- BASAGLIA F. e BASAGLIA F. O., 1982 – "Crimini di Pace" in: Basaglia F., *Scritti II (1953-1981)*, Torino, Einaudi.
- BARTHES, R., 1977 – SP –, *R. Barthes por R. Barthes* – Cultrix.
- DERRIDA, J. – 1989 – *La desconstrucción en las fronteras de la filosofía*, Barcelona, Paidós/ICE-UAB.
- FOUCAULT, M., 1987 – *História da loucura na idade clássica*, São Paulo, Perspectiva, 2º ed.
- GIANNICHEDDA, M. G., 1982 – Sul servizi psichiatrico "forte" sul e potere della psichiatria in: *Fra regole e utopia*, Pistoia, Coop e Psichiatria Democratica.
- GALLIO, G., 1990 – palestra proferida (gravada) durante o evento "Transformação da Psiquiatria Italiana: história, teoria e prática, de 19 a 30-3-90 – U.S.P. –
- GOFFMAN, E., 1974. *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Perspectiva.
- ROTELLI, F., 1990 – Prevenir a prevenção in: Nicácio F. (org.) *Desinstitucionalização*, São Paulo, Hucitec, p.65-87.
- ROTELLI, F., 1990 a – Inventário das Substrações in: Nicácio F. (org.) *Desinstitucionalização*, São Paulo, Hucitec, p.61-64.

Goniometria – uma forma de coletar dados e propor intervenção conseqüente

INTRODUÇÃO

A reforma universitária ocorrida em 1968 definia que três eram as atividades-fim da Universidade: o ensino, a pesquisa e a extensão. Destas, aquela que há muito vem caracterizando a maioria esmagadora das escolas superiores e se sobrepondo às demais atividades é, sem dúvida, o ensino. A extensão é hoje considerada como uma atividade complementar decorrente das demais e a pesquisa, que deveria ser a própria razão de ser da Universidade, hoje praticamente inexistente nos institutos isolados e sequer é predominante nas universidades (SAVIANI, 1986).

Apesar do papel relevante que o professor desempenha na formação de novos profissionais, a formação dos professores também não ocupa um lugar privilegiado na Universidade. Por exemplo, na Universidade de São Paulo os docentes são testemunha da desvalorização da docência face à pesquisa, haja vista que a organização da carreira docente do professor está diretamente ligada à produção científica e raramente sobre sua atuação como professor (NADAI, 1988).

Porém, segundo Souza e Botomé (1982, p.9), "as características do trabalho na Universidade exigem que os profes-

sores sejam profissionais capacitados em relação a três aspectos: a área de formação profissional, o ensino e a pesquisa".

Na verdade, o professor deveria ser visto como um agente importante, capaz de provocar mudanças no comportamento do aluno. Assim, a formação acadêmica do professor deveria ter três finalidades: 1ª – capacitá-lo a dominar o conhecimento específico da área; 2ª – capacitá-lo a dominar os mecanismos de produção de conhecimentos; 3ª – capacitá-lo a ensinar de forma competente tanto o conhecimento e habilidades específicas da área, como a forma de atuar na área de ensino.

Parece necessário, portanto, que a Universidade redirecione a sua função no sentido de formar professores competentes e capazes de desempenhar o seu papel, que é formar profissionais aptos a exercer a profissão, programar e avaliar as condições de ensino sob a forma de pesquisa e ter meios para avaliar se as condições de ensino oferecidas ao aluno estão sendo ou não suficientes para a sua formação.

A questão da qualidade do ensino e da pesquisa não é exclusiva de um segmento acadêmico. Fisioterapia e Terapia Ocupacional enfrentam problemas semelhantes aos do ensino superior em geral, talvez

agravados pela sua origem reabilitadora. Enquanto ensino, ambas chegaram ao Brasil na década de 50, com o objetivo de reproduzir técnicas de reabilitação. Em 18/12/1958, foi sancionada a lei que criava o Instituto Nacional de Reabilitação (INR), anexo à cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este Instituto tinha por finalidade reabilitar incapacitados físicos, ministrar cursos para formar técnicos em Medicina Física (Fisioterapia), técnicos em Terapia Ocupacional e técnicos em Prótese Ortopédica, realizar pesquisas sobre reabilitação e aperfeiçoar médicos e pessoal técnico auxiliar (discurso proferido por Marco Antonio Laffanchi, orador da primeira turma formada pelo INR, em 12/12/1959).

Desta forma, os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional desde o seu início tiveram enfoque reabilitador, onde a preocupação maior era recuperar o doente e devolvê-lo à sociedade com o máximo de capacidade de trabalho possível, relegando a um segundo plano o preparo de seus docentes e a pesquisa nas áreas específicas.

A partir de 1969, com a desativação do INR, os dois cursos foram transferidos para a Faculdade de Medicina, vinculados diretamente à Universidade de São Paulo, passando tais profissionais a ter formação superior. Contudo, à mudança de nível não correspondeu uma mudança de ênfase; o ensino continuou fortemente voltado para objetivos de reabilitação com tratamento de sintomas centrado na doença e calcado no modelo médico.

Ainda hoje, freqüentemente, os tratamentos mostram-se incompletos e ineficazes, havendo necessidade de integrá-los às diferentes terapias existentes (FERRIGNO, 1990).

As práticas desenvolvidas pelos profissionais têm sido, em sua grande maioria, fundamentadas nas técnicas de intervenção clínica, onde se enfatizam os aspectos da doença, relegando a um plano secundário os aspectos sadios do indivíduo. Assim, o movimento, como recurso para tratar aspectos da doença, também deveria ser utilizado para tratar aspectos sadios e preventivos dos indivíduos.

"Porém um profissional de nível uni-

versitário deveria se caracterizar como um indivíduo capaz de atuar no ensino, na pesquisa, na identificação de problemas na comunidade, no exame e na análise desses mesmos problemas e na proposição de solução desses mesmos problemas" (REBELATTO, 1986. p.56).

Se são esses os parâmetros que norteiam a formação de um profissional de nível superior, por que alguns profissionais, entre eles fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, devem apenas executar técnicas? Por que ser um profissional auxiliar de outro profissional? Por que ter até hoje um médico responsável pelas ações de tais profissionais?

A precariedade da formação e a falta de consciência dos profissionais são questões freqüentemente apresentadas pelos terapeutas ocupacionais como limitantes para um bom desempenho no trabalho e para as conquistas da categoria (FERRIGNO, 1990). Na fisioterapia, os problemas são semelhantes. São professores e profissionais despreparados e com uma visão reducionista de qual seja o objeto de trabalho e de estudo da profissão e de sua função social, com vistas a uma atuação que venha atender os interesses da maioria da população.

Assim, os próprios professores, que hoje ensinam, deveriam se preparar para as mudanças de concepção de ensino, desenvolver novas estratégias de ensino nos cursos de graduação, verificar experimentalmente o efeito dos diversos procedimentos de ensino, bem como levar o aluno a vivenciar situações concretas com as quais deverá lidar quando formado.

Porém, o ensinar é uma atividade que só é efetiva se resultar em aprendizagem do aluno, e como em outras da atividade humana, o conhecimento científico pode ser um instrumento poderoso para nortear um fazer competente.

Uma das habilidades relevantes para a atuação de um profissional é conhecer bem o paciente/cliente com o qual vai lidar. É necessário fazer uma avaliação completa do paciente como primeiro passo, para uma atuação conseqüente e, em seguida, propor um programa de tratamento com base nos dados obtidos na avaliação. É necessário também que sejam realizadas avaliações periódicas, a fim de ve-

rificar se os efeitos da intervenção estão sendo eficientes, possibilitando ao profissional comparar dados e tirar conclusões de sua forma de atuar, podendo, por meio de procedimentos bem definidos, realizar pesquisa enquanto interfere com as condições do indivíduo.

Um dos itens importantes dentro da avaliação completa ou global do paciente consiste na avaliação goniométrica, ou seja, medir os ângulos articulares com o goniômetro. As medidas goniométricas podem ser usadas para quantificar a limitação dos ângulos articulares, decidir a intervenção terapêutica mais apropriada e, ainda, documentar a eficiência desta intervenção (GAJDOSIK & BOHANNON, 1987). A confiabilidade das avaliações goniométricas pode aumentar, se o aluno for ensinado a utilizar corretamente o goniômetro e a interpretar devidamente os resultados, podendo, inclusive, esta forma de avaliação contribuir para o desenvolvimento de bases científicas, enquanto atende pacientes.

Este estudo pretendeu verificar experimentalmente o efeito de procedimentos específicos de ensino, na realização de avaliação goniométrica (medir os ângulos articulares com a utilização do goniômetro – item importante da avaliação completa do paciente). Optou-se pelo ensino programado individualizado (KELLER e SHERMAN, 1974), que tem se mostrado como um sistema de ensino altamente eficiente, como um meio para começar a formar profissionais competentes e aptos para atuar, tanto no atendimento de pacientes com variados graus de comprometimento, como nas situações de pesquisa que envolvam a busca de relações funcionais entre o movimento humano e variáveis de diferentes naturezas.

MÉTODO

Participantes – Participaram do estudo seis estudantes do quarto ano do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O programa de ensino foi aplicado inicialmente a três alunos durante o primeiro período de estágio, com duração de dez semanas; os outros três parti-

ciparam durante um segundo período de estágio.

Material – O material básico utilizado foi o programa de ensino de avaliação (MARQUES, 1990), que envolvia atividades de complexidade gradualmente crescente.

Situação – Os alunos trabalharam individualmente, com a supervisão contínua do professor. O trabalho envolveu duas situações distintas: a) **situação de estudo**, em que o aluno fazia leituras, exercícios, esclarecia dúvidas e, quando necessário, utilizava um colega como modelo; b) **situação de enfermaria**, em que o aluno realizava a avaliação goniométrica de pacientes reumáticos.

PROCEDIMENTO

Delineamento de pesquisa – O delineamento de pesquisa utilizado para a coleta de dados foi o de linha de base múltipla para diferentes comportamentos, com sujeito como seu próprio controle. Neste delineamento, os efeitos da instrução são demonstrados introduzindo-se a intervenção para diferentes comportamentos em diferentes pontos da linha de base. Se ocorrerem mudanças no desempenho apenas quando se introduz a intervenção, estas podem ser atribuídas a ela (KAZDIN, 1982). A investigação envolveu duas etapas: a primeira constituiu a linha de base inicial que foi comum aos seis sujeitos e que serviu para identificar quais dos itens de comportamentos envolvidos em fazer medidas goniométricas o aluno já realizava corretamente; a segunda constituiu a intervenção propriamente dita, sob forma de programa de ensino. Cada aluno fez avaliação de sete pacientes reumáticos, sendo considerados cinco comportamentos: posicionar o paciente de forma correta para proceder à avaliação; identificar pontos anatômicos corretos para colocar o braço móvel e fixo do goniômetro; posicionar corretamente o goniômetro; ler corretamente o goniômetro e identificar os ângulos normais. As duas primeiras avaliações foram realizadas antes de qualquer instrução (linha de base); a terceira, quarta e quinta, depois de ter aprendido a avaliar os três grandes segmentos corporais (membros superiores, membros infe-

riores e coluna); as duas últimas foram feitas depois de completado todo o programa de ensino. Foram utilizados protocolos de registro pelo professor e por um observador independente (visando maior confiabilidade de dados), para registrar o desempenho do aluno durante as avaliações em enfermaria (o observador esteve presente na 2ª e 5ª sessões). O aluno utilizou um protocolo para registrar as medidas de ângulos obtidas na avaliação do paciente. Para ensinar, o professor organizou uma seqüência de atividades que aumentavam em complexidade, começando pelo uso de textos e diagramas, passando pela utilização de boneca e situações simuladas, culminando na avaliação do paciente, que era a situação mais próxima da atuação profissional independente. Ao final da aplicação do programa de ensino, foram realizadas entrevistas com os sujeitos, com o objetivo de verificar como cada um descrevia o seu próprio desempenho e como percebia o funcionamento do ensino programado individualizado (PSI), pouco utilizado em fisioterapia.

RESULTADOS

Os resultados obtidos com os seis

sujeitos foram semelhantes. Durante a linha de base inicial, os alunos já posicionavam o paciente corretamente em alguns do itens, porém apresentavam repertório nulo para identificar ângulos normais, posicionar corretamente o goniômetro e ler com precisão o que ele indicava. Todos esses comportamentos passaram a ocorrer com praticamente 100% de acerto a partir do momento em que foram ensinados, como mostra a Figura 1 (desempenho do Sujeito 1) e a Figura 2 (desempenho dos sujeitos submetidos à reaplicação do programa), ou seja, que participaram do segundo período de estágio.

O registro do desempenho dos alunos pelo observador independente (realizado na 2ª e 5ª sessões) mostrou um índice de concordância alto com os dados do próprio professor, ficando entre 89% e 95%. Nas entrevistas realizadas ao final da aplicação do programa, os alunos enfocaram principalmente as mudanças ocorridas no próprio desempenho, os conteúdos do programa de ensino, as características da metodologia de ensino e julgaram o valor do trabalho realizado. O Quadro I mostra resumidamente algumas verbalizações dos alunos.

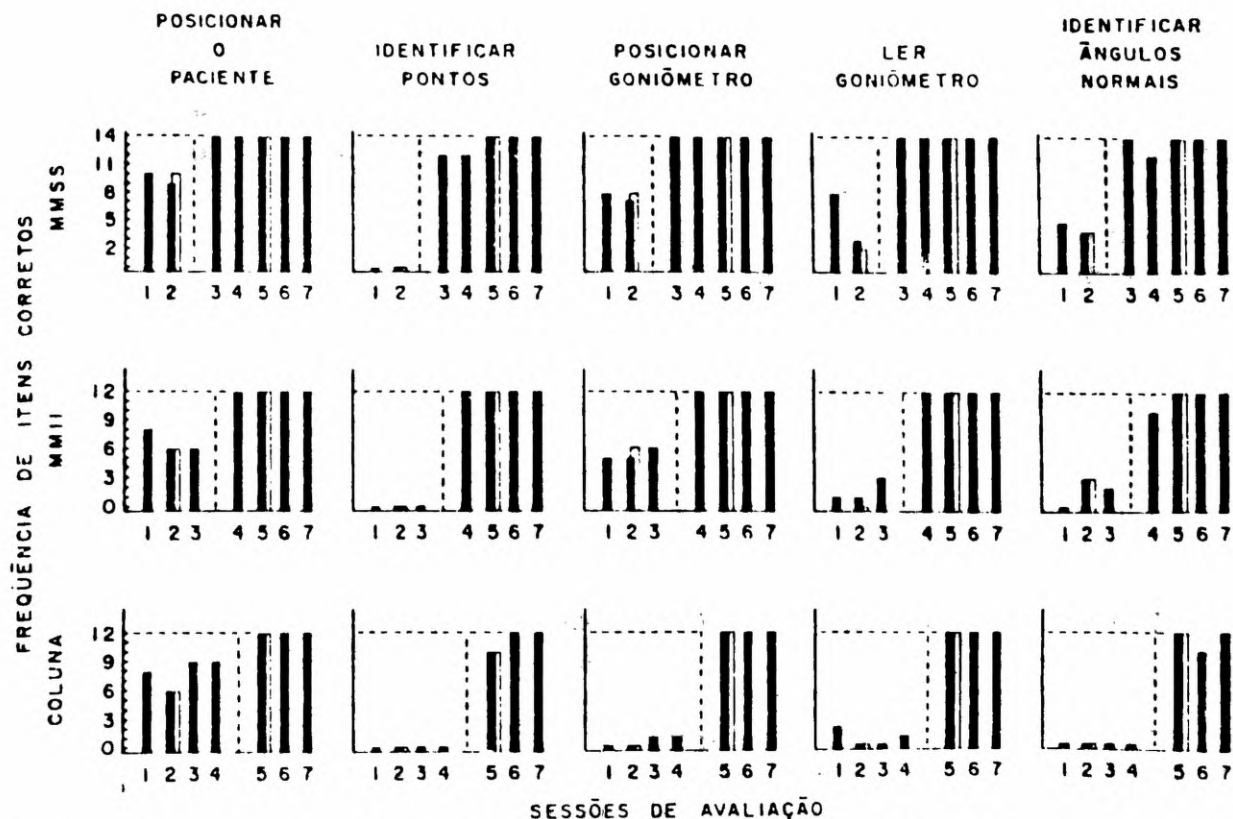


Figura 1 — Itens corretos na avaliação de membros superiores, inferiores e coluna. A linha vertical indica o início do programa de ensino.

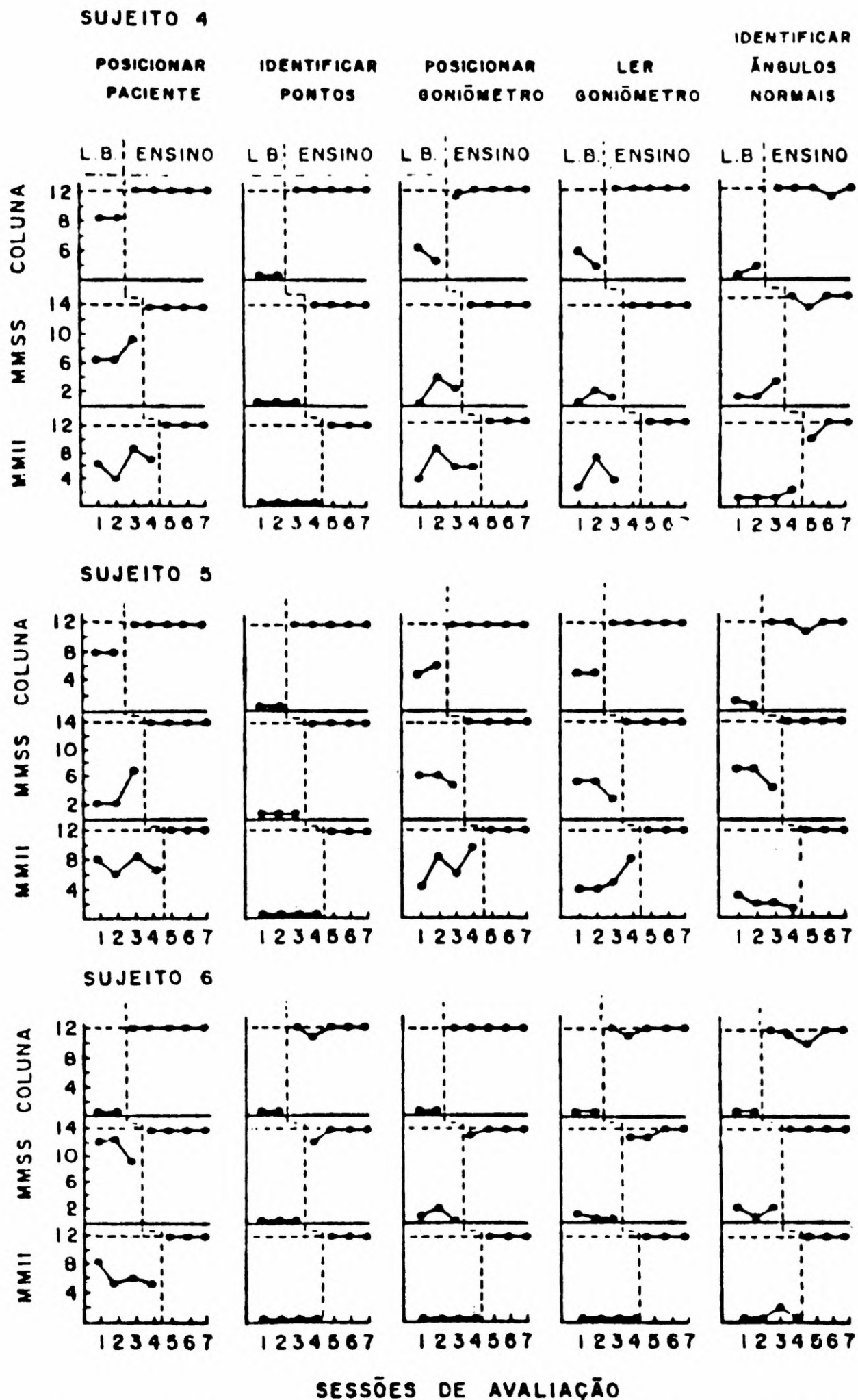


Figura 2 – Itens corretos na avaliação dos três segmentos corporais (sujeitos 4, 5 e 6) em relação aos cinco comportamentos de linha de base e após o programa.

SEU PRÓPRIO DESEMPENHO

"... antes eu tinha uma idéia muito vaga e não sabia posicionar. Eu sabia mais ou menos as regras do goniômetro, mas só na teoria; na prática eu não sabia..."

CONTEÚDOS DO PROGRAMA

"... então a goniometria é importante para a gente estar objetivando mais a avaliação com dados mais confiáveis..."

CARACTERÍSTICAS DA METODOLOGIA DE ENSINO UTILIZADA

"... eu achei que o programa de ensino foi bom e segue uma maneira que dá para aprender rapidamente e de maneira bem clara e explora todas dimensões como um todo..."

JULGAMENTO DE VALOR DO TRABALHO REALIZADO

"... o fato de eu saber fazer é que faz ser fácil, porque antes eu sentia uma dificuldade muito grande..."

SUGESTÕES

"... a seqüência do método foi de fácil assimilação e poderia ser aplicada a outras disciplinas..."

Quadro 1 – Temas abordados pelos participantes ao expressarem suas opiniões sobre o programa e exemplos de verbalizações.

DISCUSSÃO

A aplicação do programa de ensino demonstrou que os alunos adquiriram, com grau de excelência, os comportamentos envolvidos na realização de medida de ângulos, comportamentos estes que eles não apresentavam inicialmente, conforme dados observados na linha de base (Figuras 1 e 2), apesar de tais habilidades já haverem sido, supostamente, ensinadas em disciplina ministrada previamente no curso. Dos três segmentos considerados para se realizar a avaliação goniométrica (membros superiores, membros inferiores e coluna), a coluna foi aquele em relação ao qual todos os alunos tiveram um desempenho menos eficiente, o que sugere que a diferença de estrutura anatômica desse segmento em relação aos demais e a pouca freqüência com que são medidos os ângulos articulares da coluna possam ser responsáveis pelo baixo índice de acerto. A maior dificuldade observada e relatada pelos alunos ocorreu em relação ao comportamento de identificar ângulos nor-

mais. Neste caso, a situação requeria que os alunos memorizassem o valor normal dos 38 ângulos articulares. A importância deste comportamento reside no fato de que é necessário identificar os ângulos normais para que se possa interpretar a diferença entre estes e os encontrados no paciente. A dificuldade encontrada sugere a necessidade de uma mudança no programa, de forma que o aluno aprenda a buscar e a utilizar o dado para fazer a comparação necessária. Somente a partir da existência de uma diferença significativa é que se elabora um plano de tratamento que vise eliminá-la ou reduzi-la.

A verbalização dos alunos representou um momento importante para a professora, uma vez que, além dos resultados observados, era importante que o aluno também pudesse opinar sobre esta forma de ensinar, pouco utilizada na fisioterapia e eficiente para ensinar habilidades, conforme trabalhos realizados em outras áreas. Ao final, os alunos julgaram o trabalho fácil e proveitoso, apesar de dois alunos terem

referido cansaço em algumas etapas, devido ao grande número de trabalhos exigidos no estágio. As descrições que os alunos fizeram de seu desempenho foram importantes porque mostraram que, além de coletar as medidas com precisão, eles também aprenderam a enunciar razões e critérios para fazê-las, o que é característico de um desempenho profissional não-ritualístico, realizado sob controle de aspectos relevantes da situação com que se lida.

Outro aspecto importante neste trabalho foi a possibilidade de avaliar com precisão o desempenho do aluno. O desempenho de cada um foi avaliado ao final de cada etapa de ensino, utilizando-se para isso situações reais, ou seja, avaliação do paciente reumático na enfermaria, situação esta semelhante à que ele vai encontrar como profissional. O controle expe-

rimental permitiu demonstrar que as atividades de ensino foram efetivamente responsáveis pelo progresso do aluno, uma vez que seu desempenho só se tornou correto a partir do momento em que foi ensinado. Este trabalho demonstra ainda a importância de programação cuidadosa de contingências para ensinar habilidades profissionais que requerem precisão, bem como a possibilidade de utilizar delineamentos de pesquisa para avaliar procedimentos educacionais. Na fisioterapia, o ensino programado poderia ser utilizado também para ensinar outras habilidades relevantes como, por exemplo, as requeridas para realizar uma avaliação global do paciente (avaliação postural, avaliação da dor, avaliação muscular, avaliação da marcha, atividades da vida diária), além da avaliação goniométrica especificada neste trabalho.

RESUMO

O professor exerce um papel importante na formação de novos profissionais. Parece necessário, portanto, que a Universidade redirecione a sua função no sentido de formar professores competentes e capazes de desempenhar o seu papel, que é formar profissionais aptos a exercer a profissão, programar e avaliar as condições de ensino. Para exemplificar a possibilidade de aplicar delineamentos de pesquisa na avaliação de procedimentos educacionais, este estudo verificou experimentalmente o efeito de procedimentos específicos de ensino, na realização de avaliação goniométrica. Os resultados obtidos mostraram que os alunos adquiriram com grau de excelência os comportamentos envolvidos na avaliação goniométrica. Outro aspecto importante evidenciado foi a possibilidade de avaliar com precisão o desempenho dos alunos.

ABSTRACT

Teaching personnel on college level have an important role in formation of new professionals. It seems necessary that the University redifene its role in order to produce competent and able professors who will prepare professional able to engage in productive research on both: programming and evaluation of teaching conditions. The present study was conducted an example of the application of research designs in the evaluation of educational procedures devoted to teach how to perform goniometric assessment. Data on the acquisition of assessment skills are provided and aspects of measurement of that acquisition are discussed.

Referências Bibliográficas

- FERRIGNO, I. S. V. 1990. *Um estudo sobre os docentes de Terapia Ocupacional como agentes transformadores da profissão*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Universidade Católica de São Paulo.
- GAJDOSIK, R. L. & BOHANNON, R. W. 1987. Clinical measurement of range of motion. *Physical Therapy*, 67 (12): 1867-72.
- KELLER, F. S. & SHERMAN, J. C. 1974. *PSI — The Keller Plan Handbook*. Menlo Park, CA: W.A. Benjamin, Inc.
- MARQUES, A. P. 1990. *Um delineamento de linha de base múltipla para investigar efeitos de procedimentos de ensino sobre diferentes comportamentos envolvidos em avaliação goniométrica*. Dissertação de mestrado. São Carlos, Programa de Mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.
- NADAI, E. 1988. A prática de ensino e a Universidade. In: CARVALHO A. M. P. de (coord.). *A formação do professor e a prática de ensino*. São Paulo, Pioneira.
- REBELATTO, J. R. 1986. *O objeto de trabalho em fisioterapia e perspectiva de atuação e de ensino nesse campo de trabalho*. Dissertação de mestrado. São Carlos, Programa de Mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.
- SAVIANI, D. 1986. *Ensino público e algumas falas sobre Universidade*. São Paulo, Cortez.
- SOUZA, D. G. & BOTOMÉ, S. P. 1982. *Capacitação em docência — pesquisa e desenvolvimento de tecnologia educacional para ensino universitário*. Relatório submetido ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Modelo de ocupação humana: parte II.

Ontogênese da perspectiva de adaptação temporal

Transcrito de THE AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY

Tradução de Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

Este é um trabalho de uma série de quatro, que discute e apresenta um modelo de ocupação humana. O primeiro apresentou a estrutura e o conteúdo do modelo. Este trabalho conceitua as mudanças de acordo com o modelo. Introduz o conceito de hierarquia de sistemas no modelo como base para explicar sua ontogênese. São propostas duas facetas de mudanças. A primeira faceta é uma série de estágios através dos quais a ocupação se processa. A segunda é uma descrição da ontogênese através do curso da vida, da perspectiva da adaptação temporal.

O artigo anterior introduz a primeira parte de um modelo de ocupação, sua estrutura e conteúdo (KIELHOFNER, BURKE, 1980). Este trabalho adiciona, ao modelo, uma descrição de como a ocupação se desenvolve através do curso da vida e uma explicação do processo de mudança. A hierarquia, um conceito de sistemas, é introduzida no modelo para descrever o processo de ontogênese ou mudança.

A Hierarquia na Ontogênese

Um problema central no estudo da ontogênese é como um sistema muda de um estado de coisas para outro, no decorrer do tempo. A hierarquia refere-se a leis que explicam como um sistema é organizado ao longo de uma linha contínua de complexidade crescente no correr do tempo. A mudança, num sistema aberto, é uma reorganização contínua do sistema, que resulta da ação do sistema. Assim, ao escolher agir e, em agindo, o sistema afeta sua própria mudança. A hierarquia fornece

uma explicação de como essa mudança aproveita e reorganiza os produtos de experiências anteriores e resulta numa crescente complexidade.

Dois fatores influenciam a mudança hierárquica num sistema aberto — as próprias tendências do sistema e as demandas a que o ambiente submete o sistema. Estes dois fatores vêm juntos no ciclo **throughput-output- input-feedback** do sistema aberto. O problema central da mudança na ocupação é explicar como um sistema com uma tendência global para explorar e dominar seu ambiente é transformado numa entidade que funciona socialmente, produtiva e auto-suficiente. A mudança hierárquica da ocupação prossegue dessa tendência indiferenciada, inata, para a exploração e domínio até a competência individual nos papéis ocupacionais. Os passos e processos nessa hierarquia de mudança são os tópicos deste trabalho.

A estrutura e o conteúdo propostos do modelo são representados em três subsis-

Reproduzido, com permissão do autor, de " A Model of Human Occupation, Part 2. Ontogenesis from the Perspective of Temporal Adaptation. The American Journal of Occupational, 34 (6): 657-663, October, 1980.

Gary Kielhofner, M.A., Dr. P.H., OTR, é professor-assistente do Medical College of Virginia, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia.

temas: vontade, hábito e desempenho (KIELHOFNER, BURKE, 1980). Como a Figura 1 demonstra, o subsistema da vontade contém os componentes estruturais cuja função é escolher ou aprovar o **output**. A mudança em todo o sistema é iniciada nesse nível onde as decisões conscientes para a ação são feitas. A ação do sistema que resulta dessas escolhas é o que organiza a mudança no sistema. Na criança, o subsistema da vontade é indiferenciado. O **output**, que é aprovado pelo subsistema nesse período, é exploração curiosa. Esse **output** gera cânones ou regras que espelham as condições e constrangimentos da realidade externa e, assim, organiza a ação em estratégias flexíveis para lidar com o ambiente, isto é, as habilidades (REILLY, 1974). As habilidades são eventualmente organizadas em rotinas mais amplas (Figura 1), que são os hábitos, e estes, por sua vez, são organizados em papéis. A organização de regras em habilidades, hábitos e papéis, é a hierarquia básica através da qual a ocupação se

processa (REILLY, 1978). O subsistema da vontade aprova a ação que produz habilidades, hábitos e papéis. Estes são componentes dos subsistemas de nível mais baixo. Conforme a Figura 1 demonstra, o subsistema habitual é composto de hábitos e papéis internalizados e o subsistema de produção é composto de habilidades. Assim, o subsistema da vontade é responsável pela organização do conteúdo dos subsistemas inferiores.

Uma vez que o subsistema da vontade governa a mudança nos outros subsistemas, um exame da ontogênese ou mudança deve começar com ele. O subsistema da vontade é diferenciado ao longo de uma série de passos hierárquicos, cada um representando desafios mais complexos. Essa diferenciação hierárquica do subsistema da vontade foi conceituada por Reilly como uma transformação da exploração curiosa para a competência para a realização (REILLY, 1974). A linha contínua, de exploração à realização, representa um aumento nos níveis de exci-

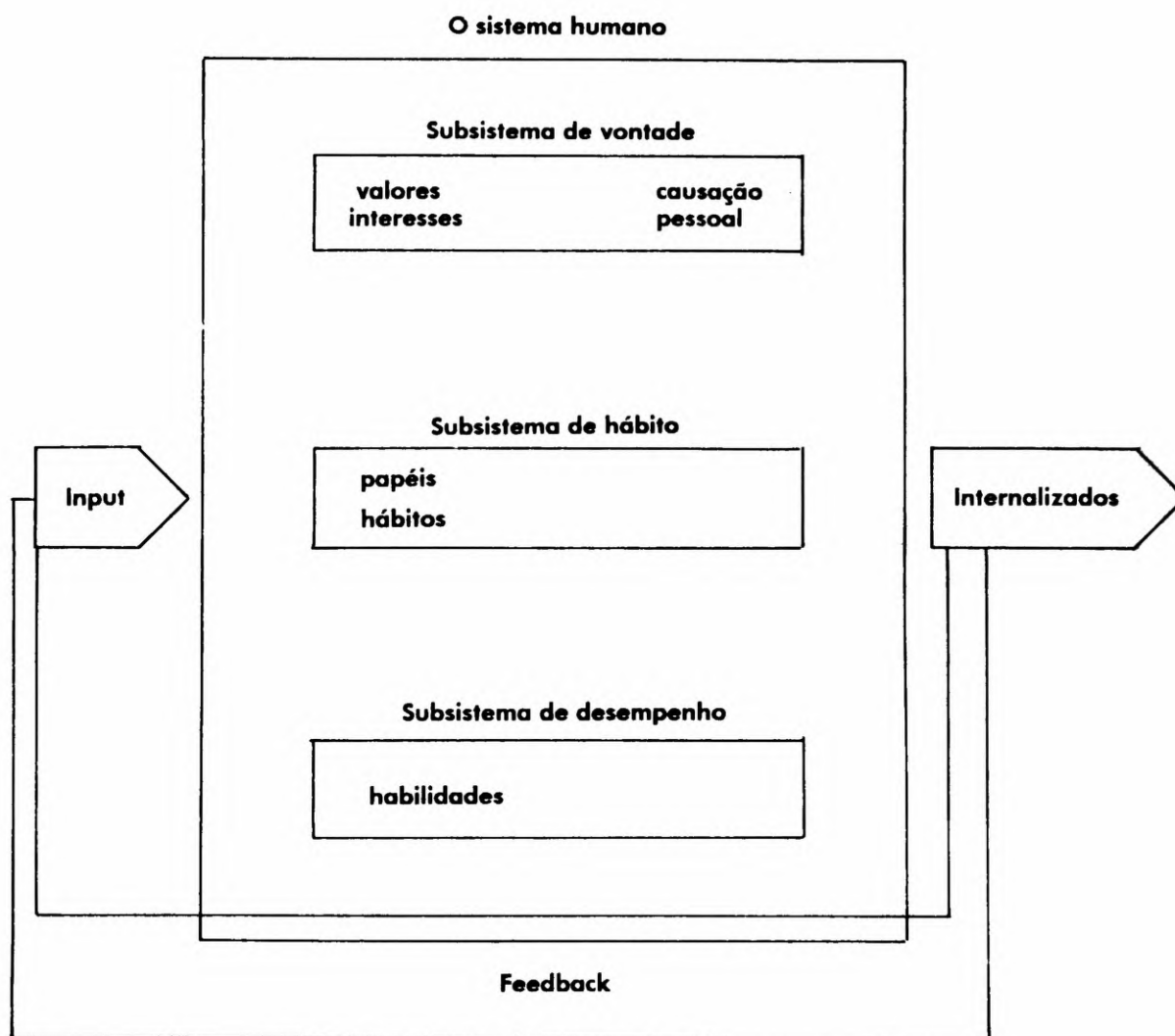


Figura 1: Um modelo do sistema de comportamento ocupacional: estrutura e conteúdo.

tação ou desafio que são necessários para incitar suficientemente o organismo, à medida que ele se torna mais competente e capaz. Esses três níveis de motivação no subsistema da vontade são paralelos aos níveis organizacionais das habilidades, hábitos e papéis nos dois subsistemas inferiores (veja Figura 2).

A exploração, a competência e a realização, os níveis hierárquicos da organização de motivos, governam a organização da mudança nos subsistemas inferiores. Isto significa que o motivo da exploração é ótimo para gerar habilidades, o motivo de competência para organizar os hábitos e o motivo de realização para adquirir comportamento competente de papel. Uma vez que o subsistema da vontade aprova a ação do sistema que processa a mudança, suas escolhas determinam qual será a mudança. Este processo pode ser explicado, examinando-se cada um dos três níveis hierárquicos do subsistema da vontade e a ação de que eles se servem para aprovar.

A "exploração" é o nível mais baixo de aprovação e é melhor descrito como fazer algo por sua própria causa, pelo prazer envolvido em fazê-lo (REILLY, 1978). O comportamento exploratório é associado

primeiramente com o brincar livremente da infância e a ação contínua por toda a vida, quando o sistema é confrontado com situações novas e explora o ambiente para obter informações. A novidade implica sempre o desconhecido. Ela começa com o mundo desconhecido que a criança explora através das brincadeiras e estende-se às coisas desconhecidas com que um indivíduo se defronta à medida que ele se move através de uma sucessão de papéis. O motivo exploratório produz ação exploratória que produz as habilidades que se tornam instrumentos para a sobrevivência.

A "competência" é o próximo e mais complexo nível de motivação (REILLY, 1974). A exploração permite a prática, de acordo com modelos ou padrões de comportamento normal. O comportamento organizado neste nível constrói-se sobre habilidades anteriores que são integradas de acordo com as normas ou expectativas sociais e os próprios padrões internos do sistema. Através de **output** do sistema, motivado pela competência, essas habilidades são organizadas em rotinas mais amplas chamadas hábitos.

No terceiro nível, o motivo de "realização" energiza o comportamento. Aqui, as exigências do papel são uma força or-

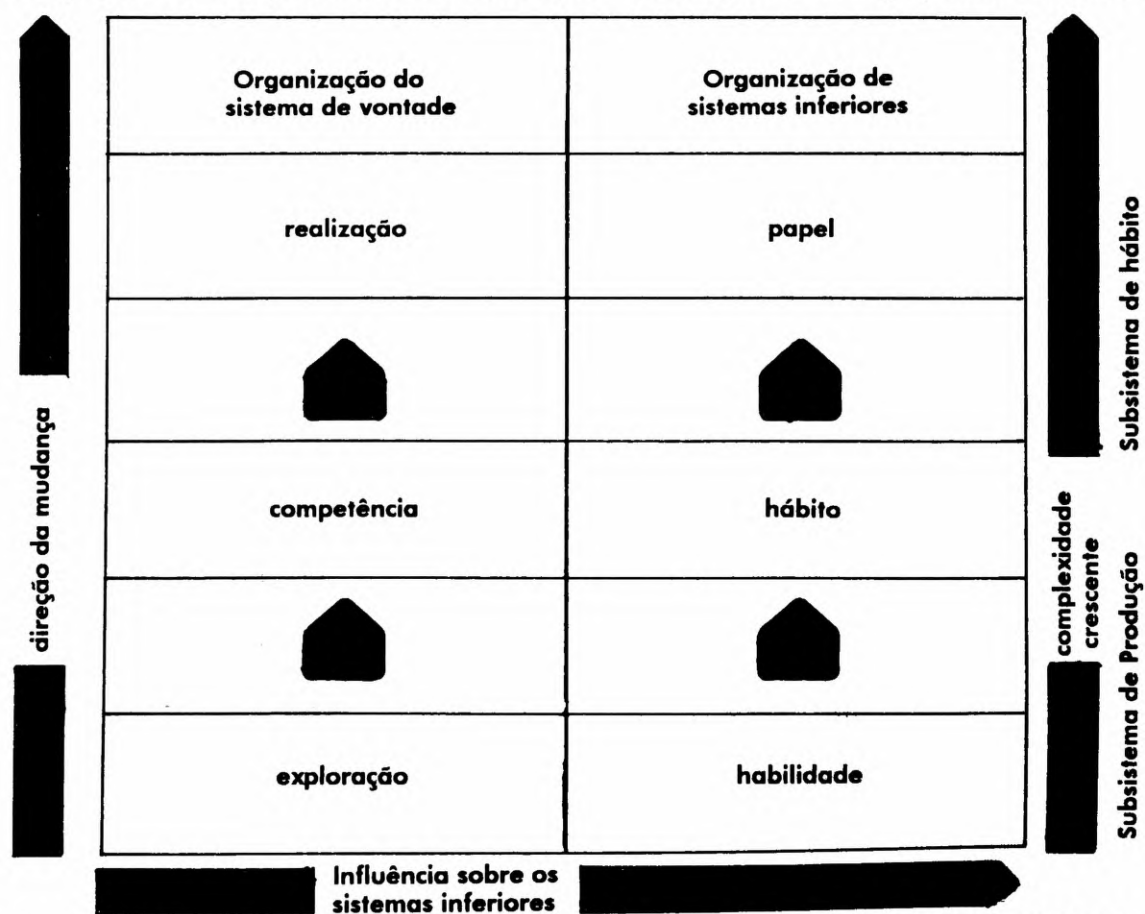


Figura 2: Uma hierarquia de mudanças na vontade e sua influência sobre a mudança hierárquica nos subsistemas inferiores.

ganizadora central. O indivíduo procura conseguir um papel ou posição no grupo social. O grupo, em troca, requer o desempenho de certas tarefas, de acordo com padrões para ocupar a posição. Quando o sistema interioriza as demandas do papel, elas tornam-se guias automáticos para o comportamento que organiza os hábitos em rotinas mais amplas, as rotinas do comportamento do papel.

Quando o sistema tiver internalizado, com sucesso, os papéis como guias para a ação, ele completou o processo de mudança, das tendências globais em direção à exploração e ao domínio, para satisfação das demandas do ambiente. Este processo hierárquico é repetido diversas vezes cada vez que uma pessoa entra nos aspectos móveis do ambiente ou encontra papéis novos ou exigências dos papéis. Importaneamente, este é também um processo crítico de adaptação à incapacitação. A novidade pode ser o processo de explorar e dominar o mundo com um corpo ou uma percepção alterados. A mudança hierárquica da exploração à competência à realização não somente caracteriza a mudança contínua, mas é representada em mudanças abruptas durante a vida. Isto é, durante as diferentes fases da linha contínua da vida, a exploração, a competência ou a realização serão a forma motivacional principal do subsistema da vontade.

A Ontogênese da Ocupação durante a Linha Contínua da Vida

A parte seguinte do modelo ilustra a ontogênese da ocupação, de um foco conceitual de adaptação temporal. A temporalidade é uma propriedade universal da ocupação (KIELHOFNER, 1977) e, assim, uma perspectiva útil para a Terapia Ocupacional.

Embora o modelo seja baseado em realidades ou exigências da vida ocidental, geralmente aceitas, ele pode não caracterizar as mudanças de vida de pessoas divergentes ou incapacitadas. Será necessário continuar a pesquisa na Terapia Ocupacional a fim de elaborar e clarificar a natureza da ocupação na vida de pessoas que precisam fazer uma adaptação alternativa à vida.

Antes de examinar a ontogênese da ocupação no decorrer da vida, é necessária uma definição de ocupação. Ocupação é o uso intencional do tempo pelos seres humanos a fim de satisfazer seus próprios impulsos internos em direção à exploração e ao domínio de seu ambiente, que, ao mesmo tempo, satisfaz as exigências do grupo social ao qual eles pertencem e as necessidades pessoais de auto-suficiência. A organização social da espécie humana é tal que a ocupação inclui, principalmente, ações que existem numa linha contínua de ação e trabalho. Através da ação, o Homem organiza seu comportamento e inicia mudanças em si próprio e na sociedade (REILLY, 1974). Dentro do trabalho, o Homem é produtivo para si próprio e mantém-se através do cuidar-se de si. Dentro do trabalho, o Homem é também produtivo para o grupo social e mantém o grupo através de seu labor. Assim, a ação energiza a mudança; o trabalho mantém o indivíduo e o grupo social. Ambos existem em harmonia ou em equilíbrio que é caracterizado pelo uso do tempo dividido entre o trabalho e o lazer, numa base diária, semanal, anual e de toda a vida.

A ontogênese da ocupação ocorre através de uma série de experiências no curso da vida, moldados por escolhas internas e demandas e expectativas sociais externas. Por toda a ontogênese, há um equilíbrio crítico que muda entre o lazer e o trabalho (SHANNON, 1972). Uma vez que tanto o lazer como o trabalho originam-se da mesma tendência global para a exploração e o domínio, eles se inter-relacionam durante toda a vida. A Figura 3 retrata essa relação. O diagrama divide o curso da vida em quatro estágios principais: a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice. A Figura 3 demonstra a configuração geral da vida diária durante os quatro estágios da vida. Ela mostra as mudanças feitas na organização do uso do tempo diário à medida que a pessoa progride através desses estágios da vida. A Figura 3 também descreve as produções de trabalho e lazer durante cada estágio ou nível de organização da ocupação humana. A Figura descreve brevemente as principais características do trabalho e do lazer em cada nível e demonstra como a organização em cada nível prepara o sistema para mover-

Níveis de Organização da Carreira de Comportamento Ocupacional				
	INFÂNCIA	ADOLESCÊNCIA	MAIORIDADE	VELHICE
Horas despertas ocupadas com o trabalho e a diversão	Tempo despendido em brincadeiras		Tempo despendido no trabalho	
A recreação produz	A realidade é explorada através da curiosidade a fim de obter regras de ação competente.	O comportamento competente é aprendido e experimentado em jogos, passatempos pessoais e eventos sociais.	A relaxação e a recreação suportam o papel de trabalhador. A exploração de situações novas permite que novos papéis sejam assumidos.	A recreação permite a exploração de realizações passadas e do futuro desconhecido e a manutenção da competência através da procura de interesses por meio do lazer.
Relação entre o lazer e o trabalho	Exploração – Habilidades p/ produtividade são adquiridas e os papéis de trabalho explorados através da imitação e da imaginação.	Competência – Competência pessoal e interpessoal são desenvolvidas numa matriz de cooperação que produz hábitos de desportismo e artesanato.	Realização – A recreação suporta os papéis de trabalhador, fornecendo uma arena de refúgio e rejuvenescimento. A exploração em situações novas permite o desenvolvimento contínuo de nova competência para o trabalho.	Exploração – O lazer da aposentadoria assinala que a obrigação produtiva à sociedade foi satisfeita. Com o trabalho passado a pessoa ganhou o direito ao lazer. O lazer substitui o trabalho como a fonte principal de satisfação na vida.
O trabalho produz	Os comportamentos produtivos são praticados através de pequenas tarefas e na escola.	O papel do trabalho é praticado e o processo de compromissos com a escolha ocupacional toma lugar.	Entra-se nos papéis de trabalhador com a necessidade de estabelecer e manter uma carreira produtiva e auto-satisfatória.	A aposentadoria traz expectativas reduzidas de produtividade e as habilidades pessoais de ação produtiva diminuem.

O EQUILÍBRIO DO TRABALHO E DA DIVERSÃO

FIGURA 3 – O Equilíbrio e as Inter-relações de Trabalho e Diversão Durante o Curso da Vida

se para o nível seguinte. Finalmente, ela retrata a inter-relação ou equilíbrio do trabalho e do lazer em cada um dos quatro níveis de organização. Ela incorpora os níveis de exploração, competência e realização para descrever a energia motivacional principal em cada um dos estágios da vida. Cada uma dessas características será discutida de acordo com os quatro estágios da vida, nas secções seguintes.

Infância

A espécie humana desenvolveu o mais longo período de imaturidade entre os animais (BRUNER, 1976). Como característicos da organização social, a criança é largamente deixada sozinha durante esse período para brincar. Brincar é a atividade central do indivíduo imaturo e organiza o comportamento para as transações efetivas com o ambiente. Essa eficiência depende da ação de brincar através da qual a realidade é explorada para as regras de comportamento competente (REILLY, 1974). As atividades de brincar, construtoras das habilidades e geradoras de regras, preparam a criança para o papel de estudante e para o mundo adulto do trabalho. À medida que a criança interage efetivamente com objetos, eventos e pessoas, desenvolve-se um senso de si próprio como competente e um repertório crescente de habilidades. No brincar, a criança explora o mundo pelas atividades que lhe agradam pessoalmente e, assim, desenvolve interesses. Além desse aprendizado jocoso, a família e outras instituições tornam a criança social, de acordo com o que os comportamentos são valorizados e provêm modelos para organizar os comportamentos. Assim, no brincar o subsistema da vontade é diferenciado e organizado.

No brincar, a criança assimila vastas quantidades de informações e imita os modelos adultos. A criança está, importante, assimilando informações e valores da família que dizem respeito à ocupação. A criança deve eventualmente aprender o tempo apropriado para deixar as brincadeiras de lado e usar seu tempo para completar o trabalho. Os pais e outras pessoas pressionam crescentemente as crianças mais velhas para estabelecer

metas e disciplinar-se para o uso mais produtivo de seu tempo. Através de atividades como pequenas tarefas domésticas, a criança aprende como organizar o tempo para a produtividade dentro da família e, mais tarde, dentro do grupo social maior. Assim, no brincar, desenvolvem-se as estruturas dos primeiros hábitos.

O freqüentar a escola fornece outras experiências nas quais a criança deve organizar o comportamento produtivo, ganhar um senso de competência e construir os hábitos necessários para manter o papel mais formal de estudante. A criança aprende como organizar o tempo e a ação para o preenchimento das responsabilidades do papel. Esses hábitos e comportamentos de papel são essenciais, mais tarde, para a produtividade, uma vez que uma pessoa deve satisfazer as demandas do tempo a fim de adaptar-se ao mundo adulto do trabalho (NEFF, 1968).

Conforme mostrado na Figura 3, a brincadeira curiosa durante a infância contribui para a organização de ações em habilidades à medida que a criança explora a realidade. Há muito pouco trabalho, inicialmente. Mais tarde, pequenas tarefas e a escola englobam as principais exigências produtivas da infância. O brincar ampara o papel emergente de trabalhador através de desenvolvimento das habilidades e dos hábitos e da exploração de papéis adultos em brincadeiras imaginárias.

Adolescência

A principal força energizadora da adolescência é o impulso para desenvolver competência em papéis adultos (COLLEMAN, 1969). O adolescente luta para organizar a experiência passada com as demandas correntes da sociedade e de seus pares e a pressão de metas almeçadas (JOSSELYN, 1963). O adolescente deve organizar as habilidades passadas com as demandas dos novos papéis numa estrutura mais complexa de hábitos (ERICKSON, 1950).

O adolescente se defronta com responsabilidades aumentadas e deve mudar do controle externo e dependência nos pais para o controle interno e interdependência madura com as outras pessoas (COLLEMAN, 1969). Adotando o papel autodeter-

minante de adulto, ele ou ela desenvolve um conjunto hierárquico de valores que orientam seu plano de vida. Os interesses são estreitados num campo menor e contribuem para a estabilização de um padrão de vida. Esses valores e interesses contribuem para o processo contínuo de compromisso da escolha ocupacional.

Conforme mostrado na Figura 3, o lazer do adolescente é caracterizado pela devoção do tempo a passatempos pessoais, jogos em grupo e eventos sociais. Os passatempos desenvolvem um senso de competência e determinação realística das habilidades pessoais, especialmente as habilidades com objetos. As habilidades são integradas em hábitos de artesanato, onde os padrões pessoais de excelência são importantes. Os jogos e os eventos sociais são os campos nos quais as habilidades são integradas em hábitos de desportismo, tais como cooperação e competição. Esses aprendizados amparam a organização do sistema para o papel de trabalhador. O trabalho é praticado à medida que a escola continua e as pequenas tarefas tornam-se mais rotineiras e exigentes. Trabalhos de meio período podem também ser empreendidos. O componente mais crítico do trabalho é a escolha ocupacional na qual um compromisso com o papel de trabalhador está sendo processado.

A escolha ocupacional é a principal transição do comportamento ocupacional que se estende sobre a linha contínua da brincadeira da infância ao trabalho adulto (GINZBERG, 1971). Ela ocorre durante um período de anos, que precedem e vão além da adolescência, durante o qual o indivíduo gera valores e interesses internos e reage às expectativas de preparar-se para entrar no mundo do trabalho. À medida que o adolescente desenvolve a habilidade do pensamento abstrato, ele se torna crescentemente cômico da sua colocação no tempo (COLLEMAN, 1969). O adolescente é principalmente orientado para o futuro e planeja o papel de adulto que se aproxima. Durante o processo de escolha ocupacional, a pessoa desenvolve uma consciência (Figura 3) crescente de si próprio e da realidade exterior.

A escolha ocupacional ocorre em três períodos: de "fantasia", de "tentativa"

e "realista" (GINZBERG, 1971). O período de "fantasia" ocorre durante a latência pré-adolescente, em cujo tempo o indivíduo escolhe as ocupações atrativas do momento, da perspectiva de prazer que elas produzem. Este é um período crucial no qual a criança tenta a idéia de preencher o papel de adulto e ao mesmo tempo experimenta emoções positivas.

No período de "tentativa" da adolescência, a escolha é feita em termos de fatores, interesses e valores subjetivos mais estáveis e um senso das capacidades pessoais. No período "realista" do começo da idade adulta, o indivíduo incorpora fatores da realidade no papel que está sendo preparado ou exercido. A escolha é um acordo entre os desejos pessoais e as oportunidades e limitações no ambiente.

O processo da escolha ocupacional não é inteiramente específico da idade nem irreversível e o ciclo pode tornar a suceder (GINZBERG, 1972). O processo de escolha ocupacional culmina quando o indivíduo entrega, com sucesso, no mundo adulto do trabalho em algum papel produtivo. O trabalho não precisa ser labor pago, mas pode ser qualquer papel produtivo adulto, socialmente organizado.

Idade Adulta

O período adulto da vida é caracterizado pelo impulso para a realização. A tendência para a eficiência nasce no contexto de realizar, dentro dos papéis da família e da comunidade (veja Figura 3). A maioria é geralmente organizada em torno de papéis procriativos e/ou produtivos. O adulto, qualquer que sejam seus valores e interesses pessoais, está num período da vida no qual as expectativas sociais exigem contribuições úteis para o grupo social, seu processo e sua continuação. O adulto deve conseguir um senso de eficiência e de hábitos e habilidades concomitantes para o desempenho do papel de trabalhador. As expectativas da sociedade e as metas valorizadas do indivíduo são misturadas num "senso interno de regulação social do tempo que age como um estímulo para progredir através dos eventos sociais da linha da vida" (KIMMEL, 1974). Este relógio social internalizado estabelece o progresso seqüencial e o rit-

mo de mudança através da vida adulta.

Embora a vida adulta pareça ser caracterizada por um longo período de estabilidade, ela é também um período de mudanças. Quer tornando-se um cônjuge (pai ou mãe), quer começando um novo trabalho, a vida adulta é organizada em torno de um processo de entrar, manter e reentrar numa seqüência de papéis sociais. Portanto, embora a maioria seja caracterizada pelas realizações, ela também exige reorganização do sistema ao longo da linha hierárquica contínua, da exploração à realização. Este processo foi caracterizado como **socialização antecipatória**, que envolve a exploração, por uma pessoa, de novas normas e expectativas que serão associadas com um novo papel que está para ser assumido (KIMMEL, 1974).

O trabalho é definido de forma ampla aqui, como qualquer padrão consistentemente organizado de contribuição produtiva de um indivíduo para a manutenção de si próprio, da família ou de algum outro grupo social. Nem todas as teorias e estudos de comportamento de trabalho têm essa visão do trabalho, mas suas conclusões a respeito de seu significado e organização irão generalizar, largamente, para esta definição mais ampla de comportamento produtivo.

O trabalho tem sido a característica dominante da luta humana pela sobrevivência pessoal e do grupo e a construção da cultura. Portanto, o trabalho tem sido altamente valorizado na sociedade (WONG, 1969). É um fator central na vida diária da maioria dos adultos, e o papel de trabalho serve como um componente organizador principal do **throughput** interno do sistema. O trabalho tem um efeito estabilizador sobre o padrão de vida diário (SUPER, 1957). Ele requer aderência às exigências temporais severas e usualmente vincula o trabalhador ao relógio (NEFF, 1968).

O trabalho não só tende a estabilizar o estilo de vida do adulto, mas é o principal fator da auto-identidade. Os indivíduos chegam a perceber a si próprios em termos de suas contribuições aos trabalhos que sustentam a sociedade, à medida que interiorizam os papéis produtivos (CAMPLOW, 1954). O trabalho é a arena onde a maioria dos adultos se validam e é o com-

ponente principal da auto-estima (NEFF, 1968). O trabalho é também, potencialmente, uma fonte principal de satisfação pessoal se o adulto for capaz de empregá-lo utilmente e de expandir seus interesses e habilidades (HERZBERG, 1968).

O brincar, que serviu no sentido longitudinal para preparar a pessoa para o trabalho, agora serve o propósito de suportar a rotina do trabalho (GINZBERG, 1972). Esta mudança na natureza e no papel do brincar, na maioria, está refletido no termo "recreação", que é geralmente descrito para descrever o brincar adulto. O brincar recria ou regenera a energia para suportar o papel de trabalhador (REILLY, 1974). A exploração jocosa é ainda um meio importante de mudança do adulto. A natureza do homem, como criatura que brinca, nunca cessa e o brincar permanece uma característica central da ocupação adulta. Por toda a maioria, a satisfação do trabalho está ligada à habilidade em equilibrar o trabalho e o lazer.

Mais tarde, na maioria, começa uma outra fase exploratória na organização hierárquica da ocupação: a preparação para a velhice e a aposentadoria. Neste estágio da vida ocorre um processo não diferente do processo de escolha ocupacional (WONG, 1969). O indivíduo começa, na meia-idade, a observar e a interagir com indivíduos aposentados bem-sucedidos, que servem como modelos do papel. Mais tarde, há um período de desenvolvimento de interesses e de habilidades que podem ser usados na aposentadoria. Há confrontações exploratórias realistas com as tarefas ambientais na aposentadoria e o processo de escolha culmina com a entrada bem-sucedida no papel da aposentadoria. Esse processo de escolha, entretanto, nem sempre é suave, especialmente quando a aposentadoria forçada ou uma incapacitação precoce força a transição. Qualquer que seja o mecanismo, muitos indivíduos que sobrevivem até a velhice devem fazer a mudança para o papel de aposentado.

A Velhice e a Aposentadoria

A velhice tem sido popularmente julgada em termos de desengajamento do

indivíduo da corrente principal da vida, de valor e significado para a sociedade e, finalmente, da própria vida (GUTMAN, 1976). Ao invés de desengajamento, a pesquisa contracultural sugere uma transição mais universal, de uma forma de domínio ativo para o domínio passivo da vida e uma volta para o mágico ou sobrenatural (id. ibid.). A velhice não precisa resultar no desengajamento do indivíduo da sociedade. Se a sociedade fornece um papel valorizado para o idoso, a velhice pode ser um período de participação social intensa e uma forma de renascimento social (id. ibid.).

Esse renascimento social toma a forma de organizar, num novo nível, a longa história de experiências da vida. Ao invés de experimentar a desintegração do papel ocupacional, a pessoa aposentada pode mover-se para a integração das experiências da vida. Portanto, a aposentadoria e a velhice são conceituadas como uma fase natural da vida com seus papéis próprios de vida. A transição da produtividade intensiva para o lazer pode ser uma experiência positiva e gratificante ou pode tornar-se uma incapacitação social, dependendo do indivíduo, de sua história de experiências e das circunstâncias externas durante a velhice. O sistema bem-sucedido continua a aumentar sua natureza e a exaurir suas tendências. O impulso básico para a curiosidade e a eficiência continua através da maioridade até a velhice. O que acontece é uma metamorfose que se processa sobre os estágios da vida já realizados. A pessoa mais velha explora seu passado e o futuro desconhecido nesse estágio da vida. Embora as habilidades estejam decrescendo, a história substancial pessoal de uma pessoa pode ser sacada como uma fonte de auto-satisfação na transição do domínio ativo para o passivo. Além disso, a manutenção da atividade (usualmente, atividade de lazer) é crucial para a consecução de um equilíbrio na vida diária durante a aposentadoria e a velhice (GINZBERG, 1972).

Este é um período no qual o adulto mais velho deve reconhecer e aceitar a capacidade decrescente de produtividade e um conjunto de mudanças de expectativas da sociedade. A produtividade é agora focada mais na automanutenção e na par-

ticipação na família do que na contribuição para a sociedade como um todo. A aposentadoria bem-sucedida gira em torno da habilidade de transferir-se para um padrão de vida diária no qual o lazer substitui o trabalho como fonte principal de satisfação¹⁹. Como as brincadeiras da infância, o lazer da velhice assinala expectativas menores de desempenho e está centrada em ganhos e satisfação para o indivíduo ao invés de para o grupo. A aposentadoria bem-sucedida exige não somente uma atitude de aceitação desta mudança de papel, mas também um ambiente de suporte que valoriza o papel da velhice. Como o trabalho, o lazer requer seu próprio conjunto especial de habilidades e a reorganização do ritmo e do uso do tempo. A habilidade de encontrar um sentido de competência em atividades e interesses além dos papéis anteriores de trabalho torna crítica a diferença entre o desespero e a esperança na velhice¹⁹.

Discussão

Este artigo continua a descrição de um modelo de ocupação humana. O desenvolver do comportamento ocupacional durante o curso da vida foi discutido de acordo com a perspectiva de adaptação temporal. Os dois principais elementos são o conceito de hierarquia na ontogênese e a caracterização do trabalho e do lazer durante os quatro estágios da vida. A hierarquia fornece um esquema para compreender-se a motivação crescentemente complexa para a organização de comportamentos durante o curso da vida. Este esquema é uma cortina de fundo de cenário para a compreensão e para a solução do problema do comportamento ocupacional desorganizado de pacientes ou clientes. Uma vez que todos os sistemas abertos mudam hierarquicamente, as mudanças que são desejadas na Terapia Ocupacional devem também prosseguir de acordo com princípios hierárquicos. A clínica de Terapia Ocupacional deve ser planejada para fornecer um conjunto hierárquico de desafios que correspondem à hierarquia da exploração, da competência e da realização da motivação.

A apresentação da ontogênese da

ocupação deve servir como um esquema para a compreensão das mudanças normais do curso da vida. Esta descrição preliminar centra-se na ontogênese usual do trabalho e da recreação, que é antecipada ou esperada na cultura americana. Será necessária pesquisa empírica a fim de explicar as muitas particularidades de uma Teoria Ocupacional de todo o curso da vida, especialmente com referência às pessoas incapacitadas. Entretanto, a presente descrição deve fornecer orientações gerais para a identificação de problemas

de disfunção ocupacional, isto é, momentos em que a incapacitação está associada com desvios brutos desta seqüência ocupacional usual.

A geração de intervenção clínica do modelo é uma tarefa complexa, que requer uma compreensão completa do modelo. O próximo passo na explicação deste modelo — ciclos benignos e imperfeitos — terá o modelo mais próximo de um foco clínico. Um artigo final discutirá, com mais detalhes, a aplicação deste modelo no diagnóstico e na intervenção.

Referências Bibliográficas

- BRUNER, G. S. 1976. Nature and uses of immaturity. In: *Play: Its role in Development and evolution*, J. Bruner, A. Jolly, K. Sylud, Editors. New York, Basic Books.
- CAPLOW, T. 1954. *The Sociology of Work*. New York, McGraw Hill Book Co.
- COLLEMAN, J. C. 1969. *Psychology and Effective Behavior*. Glenview, IL: Scott Foresman & Co.
- ERICKSON, E. N. 1950. *Childhood & Society*. New York, William/Norton & Co, Inc.
- GINZBERG, E. 1972. Toward a theory of occupational choice. A restatement. *Educ Guid Q*, 20:169-76.
- GINZBERG, E. et al. 1971. Toward a theory of occupational choice. In: *Vocational Guidance and Career Development*, H. Peters, J. C. Hansen, Editors. New York, Macmillan Co.
- GUFMAN, D. 1976. Alternatives to desengagement: The old men of the highland druze. In: *Times Roles & Self in Old Age*. New York, Human Sciences Press.
- HERZBERG, F. 1968. *Work and the Nature of Man*. Cleve Land, OH World Publishing Co.
- JOSELYN, I. M. 1963. *The Adolescent and His World*. New York, Family Service Association of America.
- KJELHOFNER, F., BURKE, J. P. 1980. A model of human occupation, Part 1. Conceptual framework and content. *Am. J. Occup. Ther.*, 34: 578-86.
- KJELHOFNER, G. 1978. General Systems theory: Implications for theory and action in occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, 32:637-45.
- KJELHOFNER, G. 1977. Temporal adaptation: a conceptual framework for occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, 31:235-42.
- KIMMEL, D. C. 1974. *Adulthood and aging: An interdisciplinary, Developmental View*. New York, John Waley & Sons.
- NEFF, W. S. 1968. *Work and Human Behavior*. New York, Atherton Press.
- REILLY, M. 1978. *Occupational Behavior Workshop*. Boston.
- REILLY, M. 1974. *Play as Exploratory Learning*. Beverly Hills, CA, Sage Publications.
- SHANNON, P. 1972. Work-play theory and the occupational therapy process. *Am. J. Occup. Ther.*, 26:169-72.
- SUPER, D. E. 1957. *The Psychology of Careers*. New York. Harper and Row.
- VON BERTALANFFY, V. L. 1969. *General Systems Theory*. New York, Braziller.
- WONG, P. K. 1969. *Toward an Occupational Therapy, Gerontology Theory*. (Unpublished Master's Thesis), University of southern California, Department of Occupational Therapy.

Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria

Coordenadores:

Aide Mitie Kudo ou

Eduardo Marcondes

Léa Lins

Lívia Tigusa Moriyama

Maria Lucila L. G. Guimarães

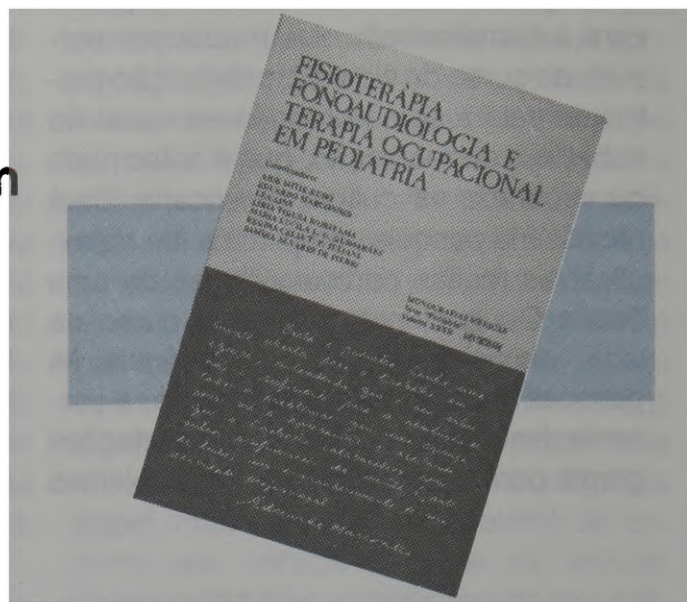
Regina Célia T. P. Juliani

Samira Alvares de Pierri

Este volume XXXII da série *Pediatria* — coleção Monografias Médicas, editado recentemente em São Paulo pela Sarvier, reúne textos de 49 profissionais que atuam em Pediatria.

É uma importante produção no sentido de divulgar e sensibilizar os pediatras para um trabalho conjunto com diferentes profissionais, expondo as competências das três áreas de saúde na assistência à criança: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

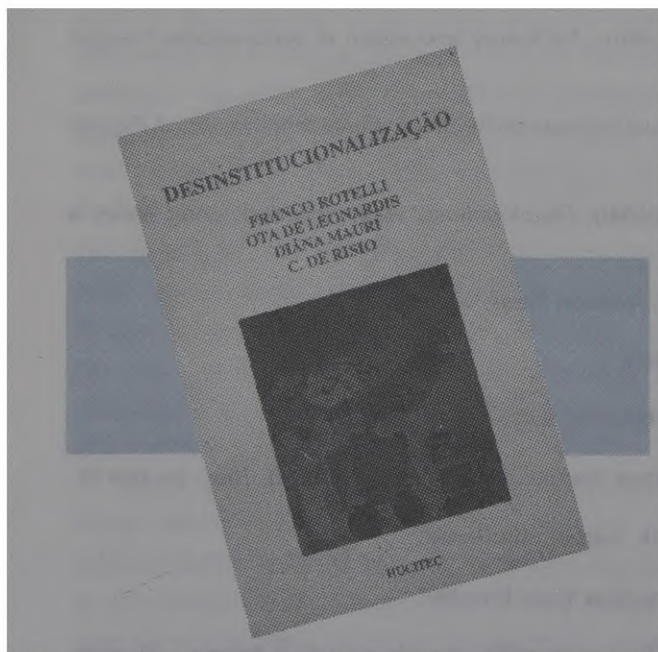
➤ Apresenta um capítulo específico sobre a Terapia Ocupacional, abordando: o



que é esse tratamento; pediatra e terapeuta ocupacional trabalhando juntos; a Terapia Ocupacional com crianças hospitalizadas; o neonato de risco; proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento; Terapia Ocupacional como agente facilitador da interação criança-família; o papel da família no processo de Terapia Ocupacional — uma visão crítica; brinquedos e brincadeiras no desenvolvimento infantil.

Há ainda a apresentação de ações integradas na reabilitação de crianças portadoras de lesões labiopalatais, de paralisia cerebral e de síndrome de Down, enfocando o trabalho em equipe.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO



Organizadora:

Fernanda Nicácio

Textos de:

Franco Rotelli

Ota De Leonardis

Diana Mauri

C. De Risio

A publicação de *Desinstitucionalização* vem enriquecer o debate brasileiro sobre as reformas psiquiátricas que ocorreram no pós-guerra europeu e nos EUA. O livro foi elaborado no sentido de permitir ao leitor do País o acesso a trabalhos recentemente produzidos na Itália, sobre a experiência de Trieste; são reflexões atuais sobre um processo de inovações práticas e teóricas que representam uma importante contribuição no campo da Saúde Mental.

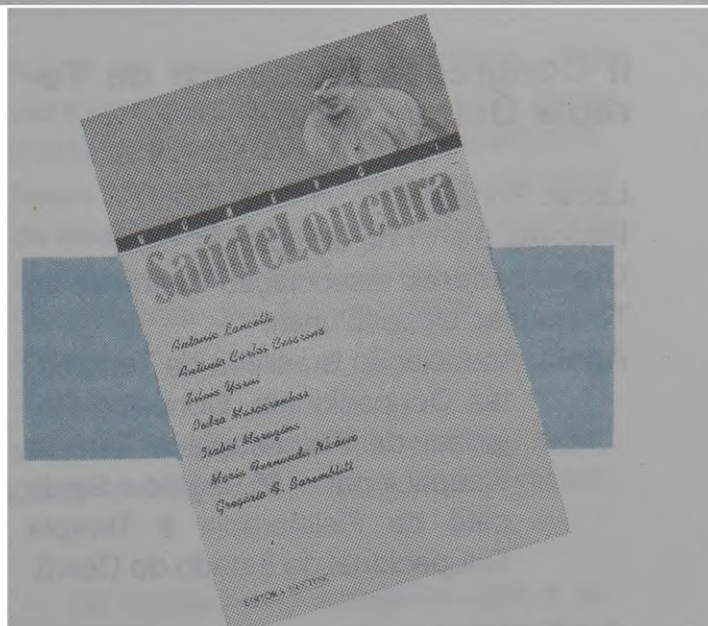
EDITORA: Hucitec, 1990.

SAÚDELOUCURA

De: LANCETTI, Antonio; CESARINO, Antonio Carlos; YASUI, Silvio; MASCARENHAS, Pedro; MARAZINA, Isabel; NICÁCIO, Maria Fernanda e BAREMBLITT, Gregório F..

Esta é uma publicação com textos de vários autores abordando temas que foram discutidos no Curso de Agentes de Saúde Mental promovido pelo Instituto Sedes Sapientiae, de 1987 a 1988, anos de grande efervescência do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo.

O livro, que pretende inaugurar uma série, traz subsídios fundamentais para a



discussão de práticas transformadoras na Saúde Mental.

EDITORA: Hucitec, 1989.

Perguntas e Respostas de Terapia Ocupacional Psicossocial

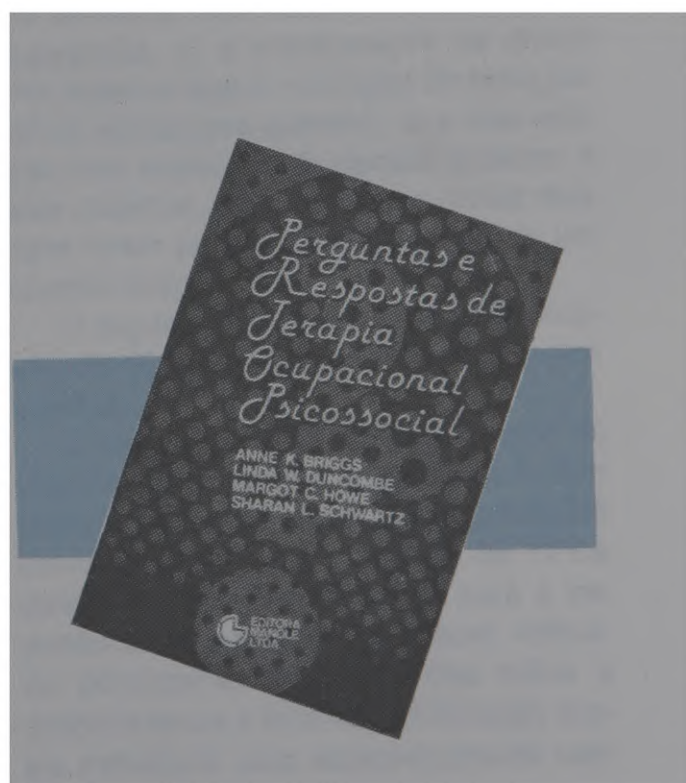
De: BRIGGS, A. K. e outros
Tradução de Célia Regina Andreotti (T.O.)
Case Simulations in Psychosocial Occupational Therapy
São Paulo, Editora Manole Ltda., 1987

Motivado pela vivência profissional dos autores, a partir de seus trabalhos como docentes na Boston School of Occupational Therapy, o livro é a combinação articulada entre a pesquisa teórica e a apresentação de casos clínicos.

A obra é dirigida à graduandos e, segundo os autores, vem atender a necessidade do estudante de experimentar, numa atividade *pré-clínica*, uma aprendizagem que possibilite integrar a teoria e a prática.

Deste ponto de vista, a obra é redigida sob a forma de estudo dirigido e apresentada em seis capítulos assim constituídos: Introdução; Aplicação de um modelo psicanalítico; Aplicação de um modelo comportamental; Aplicação de modelo humanístico; Aplicação de um modelo de desenvolvimento.

Oportuno, atual e corajoso, relatado em linguagem clara e precisa, "Perguntas e Respostas de Terapia Ocupacional Psicossocial" através de suas colocações polêmicas, contribui para o debate sobre as questões que envolvem a construção dos *modelos* teórico-prático de Terapia Ocupacional.



II Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional

Local: Fortaleza

Período: 6 a 11 de outubro de 1991

Organizadores: Associação Cearense de Terapeutas Ocupacionais

Apoio: Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 6ª Região e Sindicato de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado do Ceará.

Os organizadores do evento solicitam a colaboração dos colegas, para a sua divulgação e sugestões de temas para inclusão na programação científica, as quais deverão ser enviadas o mais breve possível.

Informações: Dr. Evaldo Cavalcante Monteiro

Presidente do II Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional.
Av. Santos Dumont, 1075 – s/20/21
Fone 085/221-2658
CEP 60150
Fortaleza/CE

III Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional

De 30/8 a 1º/9 de 1990, realizou-se em Porto Alegre o III Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, que teve como tema central *A prática docente e sua fundamentação teórica*. Durante o Encontro, ocorreu o lançamento da *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* e dos *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*, significando um momento importante e muito esperado, reflexo do esforço de consolidação da área no plano da produção teórica.

O *IV Encontro* realizar-se-á em outubro de 1992, em Curitiba.

Comunicação

A produção científica em Terapia Ocupacional vem se desenvolvendo nestes últimos anos, refletindo um importante avanço para a profissão. Desta forma, abriu-se um espaço nesta seção para divulgar os mais recentes trabalhos acadê-

micos de terapeutas ocupacionais, uma vez que o acesso a essa produção, geralmente, fica restrito ao âmbito universitário. Neste número, apresentamos os resumos de teses e dissertações que até o momento foram enviados ao Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.

EMMEL, Maria Luisa Guillaumon. *Interação social: a função da atividade*; São Paulo: IPUSP, 1990, 265 pp. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da USP.

O trabalho aqui apresentado se propôs a investigar os padrões de interação social ocorridos em grupos de crianças de 7 a 10 anos. A amostra foi composta por 18 sujeitos, divididos em três grupos de 7 – 8 anos e três de 9 – 10 anos, cada qual experienciando seis sessões de atividades de Pintura/Desenho ou de Encaixe/Montagem. Para verificar o grau de relevância das sessões experimentais, foi formado um grupo-controle para cada faixa etária. O grau de interferência que o adulto causou nas interações mantidas entre as crianças também foi objeto de análise dessa pesquisa.

Os dados foram coletados com o auxílio de uma aparelhagem de videoteipe.

Os principais resultados indicaram que o fator *Idade* exerceu pouca influência no desempenho social dos sujeitos, quando comparado ao fator *Atividade*. Os grupos experimentais emitiram mais categorias interativas na presença do *ADULTO*, enquanto os grupos-controle o fizeram mais na ausência do *ADULTO*. A presença deste significou determinar maior organização cognitiva e funcional nas crianças.

TOYODA, C. Y. — *Implicações da perda da percepção tátil dos pacientes hansenianos no relacionamento com ambiente na inter-relação pessoal*. São Paulo, 1987 — Dissertação de mestrado/Instituto de Psicologia da USP.

Nesta pesquisa, investigaram-se as implicações da ausência de sensibilidade tátil e conseqüente percepção dos indivíduos portadores de hanseníase.

Foram estudados 30 sujeitos adultos, subdivididos em três grupos, de acordo com a predeterminação do grau de comprometimento da sensibilidade tátil das mãos, sendo metade composta por sujeitos do sexo masculino e a outra metade, por sujeitos do sexo feminino.

A investigação divide-se em dois estudos: o primeiro contém: a) a relação dos sujeitos com materiais e/ou objetos (comportando forma, textura, instrumentos), com a utilização de uma atividade com material moldável (argila), em duas situações distintas para os sujeitos: de olhos vendados e de olhos abertos. Tal atividade foi filmada em videoteipe. Categorizaram-se os movimentos realizados na execução

da atividade, com reconhecimento de 12 categorias; b) a manifestação de ânimo dos sujeitos face à condição do teste (de olhos vendados e abertos); c) a inter-relação dos sujeitos com demais pessoas e eles mesmos, através do tato. Estes dois itens foram pesquisados por meio de um questionário.

O segundo estudo analisa a identificação de diferentes formas realizadas pelos sujeitos.

Os resultados indicam que mesmo os sujeitos considerados anestésicos e sem comprometimento motor são capazes de identificar objetos e materiais de olhos vendados. Também apontam para a importância do contato interpessoal, efetuado principalmente através das mãos e descharacteriza a auto-estigmatização destes indivíduos para estabelecimento destes contatos.

MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha — *A Terapia Ocupacional como um saber, uma abordagem epistemológica e social* — Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Educação de PUCCamp, 1989.

Esta dissertação de mestrado enfoca a questão do conhecimento que tem subsidiado a prática da Terapia Ocupacional.

Enquanto método interventivo na saúde e no social, a Terapia Ocupacional pressupõe um saber teórico e prático, organizando um modo específico de intervenção através do qual confirma ou contesta este saber.

No entanto, atualmente ela tem se apresentado como uma prática bastante caótica, constituída de estrutura bastante frouxa; em outras palavras, uma prática constituída de técnicas oriundas de diferentes concepções e valorações do homem e suas atividades, de saúde e doença, de sociedade, formando um verdadeiro amálgama teórico-prático.

As discussões epistemológicas iniciadas dentro desta categoria profissional, que, questionando o alcance, valores e limites das diferentes teorias em Terapia Ocupacional, remetem também à questão de cunho mais filosófico, levando a se pensar o que é o homem, o mundo, quais os valores de sua existência, de seu conhecimento, etc., pois no bojo de qualquer discussão epistemológica se assenta uma

decisão filosófica e antropológica.

Examinarei as propostas apresentadas por algumas linhas de reflexão teórica da Terapia Ocupacional, abordando as mudanças ocorridas historicamente na área à luz das crises sociais e do conhecimento que a embasam.

Da origem da Terapia Ocupacional, procuro entender os processos históricos que a determinaram, e neste sentido discordo daqueles que tendem a construir uma *história grandiosa* da profissão. Uma breve visada nas diferentes classificações dos modelos de Terapia Ocupacional teve a intenção de apontar a polêmica existente no bojo dessas classificações e de indicar as tendências dos modelos emergentes.

Trago o debate epistemológico atual e analiso as implicações sociais para a profissão, posicionando-me dentro dele. A participação neste debate não se estabelece de uma perspectiva ingênua e corporativista, mas comprometida com a construção e reconstrução teórica da área, de forma a encaminhar soluções aos problemas sociais e de saúde, bem como da formação crítica e participante do terapeuta ocupacional.

FERRIGNO, Iracema Serrat Vergotti. — *Um estudo sobre os docentes de Terapia Ocupacional como agentes transformadores da profissão*. São Paulo: PUCSP, 1990. 181 pp. Dissertação de mestrado em Psicologia Social.

Trata-se de uma pesquisa sobre os docentes-terapeutas ocupacionais. Inicia a contextualização da Terapia Ocupacional — origem, evolução do campo profissional — e algumas reflexões sobre a situação atual da profissão, no sentido de buscar uma compreensão calcada nas concepções do pensamento marxista.

O ensino da Terapia Ocupacional é abordado através da descrição dos cursos existentes no estado de São Paulo e dos docentes contratados até dezembro de 1987. Expõem a caracterização sociodemográfica dessa população e o seu

perfil como profissionais de Terapia Ocupacional e como docentes, apresentando as principais idéias de alguns deles a respeito da profissão, da graduação e da organização profissional, possibilitando uma análise indicativa dos diferentes momentos em que se encontram no processo de entendimento da Terapia Ocupacional.

Finalmente, expõe algumas idéias sobre a prática de intervenção clínica e de ensino, no sentido de propor reflexões que contribuam para a formação técnica e política dos terapeutas ocupacionais.

INSTRUÇÕES PARA A APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS PARA A REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP

Os trabalhos apresentados para publicação na *Revista de Terapia Ocupacional da USP* devem seguir o disposto nas instruções que se seguem:

- Título, que deve ser claro, específico e objetivo.
- Nome do autor e sua respectiva filiação, por extenso, sem abreviações (no máximo, duas linhas).
- **Resumo e Abstract** – todo artigo deverá conter, no final, um resumo em português e outro em inglês. O texto deverá limitar-se a não menos de cinquenta e não mais de cem palavras, em um único parágrafo.
- O texto deverá ser datilografado em papel branco, formato 22,5 x 31 usando como margem as medidas indicadas abaixo.
 - margem esquerda – 25 mm
 - margem direita – 15 mm
 - borda superior – 35 mm
 - borda inferior – 20 mm
- O texto final não deverá exceder o total de quinze laudas de vinte linhas do gabarito. Juntamente com o texto, os autores poderão enviar fotos, ilustrações, gráficos e tabelas, devidamente legendadas. A inserção ou não deste material é de responsabilidade dos editores, bem como sua devolução aos autores.
- **Referências Bibliográficas e/ou Bibliografia** – A lista de referências deverá seguir a NB-66, da ABNT. Caso haja necessidade de citar referências no texto, estas deverão ser indicadas pelo sobrenome do(s) autor(es), seguido pelo ano da publicação entre parênteses.
- Os artigos serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial.
- Os artigos devem ser enviados em duplicata para o seguinte endereço:

Curso de Terapia Ocupacional da USP
Secretaria da Revista de Terapia Ocupacional
Av. Dr. Arnaldo, 455
2º andar – Sala 2 – CEP 01246
São Paulo, SP
Fone: 853-6011, r. 330,
c/ Eddy Marília Gozzani

ERRATA DO Nº 1

Página 23

SILVA, R. J. G – O deficiente mental, esse ser desejante – No 2º parágrafo, 3ª linha – onde se lê não, leia-se nação.

Página 68

TURNER, A. – The practice of Occupational Therapy: an introduction to the treatment of physical dysfunction. Edinburg, Churchill Livingstone, 1981, 498 pp.

PEDRETTI, L. W. – Occupational Therapy: practise skills for physical dysfunction. 2 ed. St. Louis, Mosby, 1985. 477 pp.

Página 69

LONES, M. J. – An approach to Occupational Therapy. 3 ed. London, Butterworths, 1979. 451 pp.

FRANCISCO, B. R. – Terapia Ocupacional. Campinas, Papyrus, 1988.

Este exemplar pertence à
Biblioteca Setorial do
Departamento de
FISIO - FONO - TO

