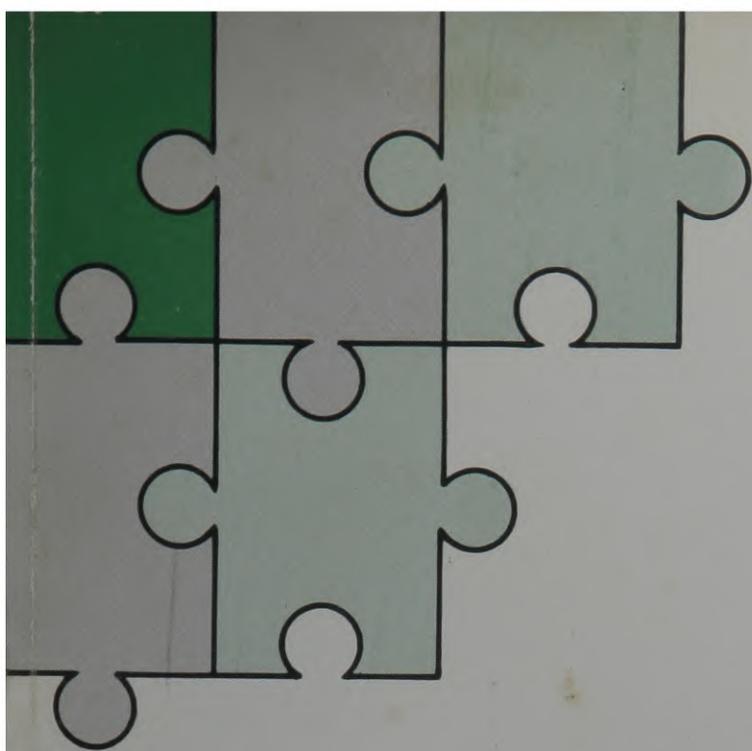


USP

Terapia Ocupacional

Vol. 2 – Número 1

Fevereiro/91



Terapia

Ocupacional

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. José Sebastião Witter

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 Originais: 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

Diagramação: Antonio Baikauskas Filho

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

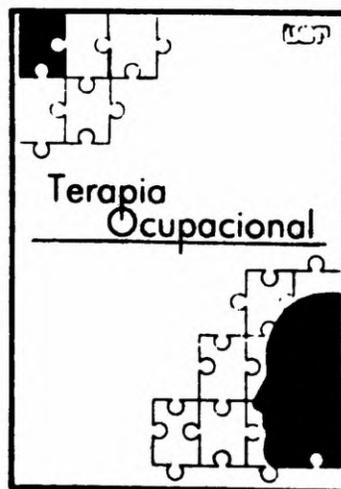
Capa: Carla de Araújo Risso

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

Editorial	2	Percepção acerca da Terapia Ocupacional	34
Artigos		<i>Eliana Anjos Furtado</i>	
Terapia Ocupacional: considerações sobre o contexto profissional.....	3	Debates	
<i>Iracema Serrat Vergotti Ferrigno</i>		Modelo de ocupação humana: parte III.....	39
O nascer das palavras através do fazer.....	12	<i>Gary Kielhofner</i>	
<i>Sônia Maria Leonardi Ferrari</i>		Resenhas	48
O papel da Terapia Ocupacional na Hanseníase	16	Eventos	50
<i>Cristina Yoshie Toyoda</i>			
Treinamento de autocuidados em pacientes portadores de Bronquiectasia	22		
<i>F. A. Caromano, C. Tanaka, S. Y. Kayano, F. L. Steinberg, A. C. Lacombe</i>			
Notas acerca da questão moral na Terapia Ocupacional ou correndo por fora da raia.....	27		
<i>Berenice Rosa Francisco</i>			
Reflexões sobre a influência do fator cultural no processo de atendimento de Terapia Ocupacional.....	30		
<i>Maria Inês Britto Brunello</i>			



É com satisfação que apresentamos o terceiro número da **REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**, publicação que, pelas características do campo e das atividades profissionais que deseja refletir, recobre-se de dificuldades que necessitam ser superadas a cada novo número. A continuidade desta Revista, divulgando reflexões, pesquisas e, ao mesmo tempo, contribuindo para o enriquecimento das práticas em saúde é tarefa que se amplia a todos os profissionais, pacientes, estudantes e pessoas interessadas em estender e ampliar sua participação na definição de novos caminhos que devem assumir as pesquisas e as modalidades das intervenções técnicas que viabilizem, efetivamente, uma melhoria de qualidade de vida.

Este número da Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo traz um convite à reflexão em duas vertentes complementares e igualmente relevantes: técnica e filosófica. Em outras palavras, apresenta, por um lado, uma preocupação em delinear os contornos do saber e da historicidade da Terapia Ocupacional e, por outro, traz contribuições no sentido do aprimoramento técnico na área.

Iracema S. V. Ferrigno analisa as limitações do trabalho clínico em Terapia Ocupacional, buscando na história da implantação dos serviços e estruturação da profissão no Brasil elementos-chaves para a leitura e compreensão das questões abordadas.

Sonia M. L. Ferrari aborda uma das questões centrais para a Terapia Ocupacional que é a utilização de atividades expressivas no tratamento de pacientes psicóticos. A atividade é apresentada neste estudo exploratório como forma de comunicação e expressão no contexto do trabalho que a autora desenvolve com paciente cujo tratamento realiza-se em regime de hospital-dia.

Cristina Y. Toyoda introduz o leitor em questões que envolvem o atendimento de Terapia Ocupacional a pacientes hansenianos, destacando as intervenções ao nível da atenção hospitalar, ambulatorial e na atenção primária.

No artigo "Treinamento de Auto-Cuidados a Pacientes Portadores de Bronquiectasia", Fátima A. Caromano e outros discutem a eficácia desse programa a nível comportamental e clínico-funcional através de um controle de hidratação, expectoração e atividades fisioterápicas.

O trabalho de Berenice R. Francisco apresenta uma discussão sobre a problemática ética-profissional relativa às práticas e à formação de terapeutas ocupacionais, chamando a atenção para o risco constante que se corre no cotidiano da assistência de transformar sujeitos em objetos de manipulação e verificação técnicas.

O estudo que nos apresenta Maria Inês B. Brunello analisa as influências culturais na execução de atividades realizadas em sessões de Terapia Ocupacional. Terapia e arte realizam caminhos conjuntos, as origens culturais marcam sua presença na escolha do material, na estética e na forma de expressar a visão de mundo por parte de pacientes psiquiátricos, cuja produção extrapola os limites da patologia, coincidindo com expressões próprias de sua época e grupo social.

Quanto ao artigo de Eliane Furtado, traz à nossa apreciação as imagens que diferentes profissionais da saúde possuem da Terapia Ocupacional. A autora encontra na fenomenologia embasamento para a compreensão que desenvolve a respeito da representação social da Terapia Ocupacional.

Deixamos registrado, aqui, nosso agradecimento a todas as pessoas que têm nos incentivado e auxiliado na luta pela criação desse espaço científico e cultural cujos desafios renovam-se na medida em que avançamos.

Iracema Serrat Vergotti Ferrigno**

Terapia Ocupacional: considerações sobre o contexto profissional*

A Terapia Ocupacional tem uma história de implantação de serviços e estruturação profissional relativamente recente no Brasil e mesmo sendo uma categoria constituída por um pequeno número de profissionais, estes, de certa forma, conseguiram delimitar suas funções nas áreas em que se propuseram a atuar.

A oferta de trabalho não é inexpressiva, considerando-se a atual conjuntura econômica e política do País. Atualmente, já se pode dizer que a Terapia Ocupacional conquistou alguns espaços, especialmente em locais onde a estrutura de trabalho conta com equipe interdisciplinar.

Porém, os profissionais se deparam com uma série de limitações na concretização do trabalho ao buscarem uma relação autônoma, de respeito e de reconhecimento nas entidades, assim como diante da proposta de alcançar a independência, adaptação e integração social das pessoas que atendem. Segundo explicação de boa parte dos profissionais, essas limitações evidenciam-se de várias formas.

Em primeiro lugar, as estruturas das entidades assistenciais são geralmente rí-

gidas e hierarquizadas, têm objetivos que nem sempre vão de encontro às propostas de tratamento, de forma que a luta entre os profissionais pela conquista de espaço, reconhecimento e poder tornam-se contraditórias com a proposta da formação acadêmica das equipes multiprofissionais "harmoniosamente" constituídas e com seus espaços de atuação delimitados. Soma-se a isso a falta de verbas para os serviços e a insuficiente remuneração dos profissionais.

Em segundo lugar, as dificuldades de tratamento mostram-se ligadas também à falta de condições econômicas e culturais das pessoas atendidas. Embora a Terapia Ocupacional possa ser aplicada em todos os níveis sociais, a grande maioria dos terapeutas ocupacionais trabalham em instituições assistenciais cuja clientela tem sua origem nas classes populares. Os recursos e técnicas utilizados nos serviços nem sempre são acessíveis à compreensão e à utilização pelos clientes em seus domicílios. Há, portanto, falta de condições para viabilizar um tratamento com frequência definida por uma metodologia que requer constância, periodicidade regular e prolon-

* Parte da Dissertação de Mestrado intitulada "Um estudo sobre os docentes de Terapia Ocupacional como agentes transformadores da profissão", apresentada no Programa de Psicologia Social da Pontifícia Universidade de São Paulo, em 1990.

** Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455 – 01246 – São Paulo-SP.

gada. Uma outra queixa dos terapeutas ocupacionais é a aparente submissão do cliente, a falta de empenho no tratamento ou, às vezes, um comportamento de rebeldia ou de indisciplina ou ainda a incompreensão do que seja a Terapia Ocupacional.

Em terceiro lugar, o desconhecimento da profissão, 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. É comum os terapeutas referirem-se à fragilidade profissional e à desmobilização da categoria, assim como à falta de teorização e o difícil acesso à bibliografia específica.

Finalmente, os métodos de tratamento parecem mostrar-se incompletos e inadequados para dar conta de uma intervenção não compartimentalizada e que atenda às necessidades dos clientes. Desta forma é preciso fragmentar a intervenção conforme os diferentes modelos terapêuticos que se apresentam hoje, e a dificuldade de integração dos tratamentos é constatada por todos: terapeutas e clientes.

Embora essas questões sejam freqüentemente mencionadas por vários profissionais, não chegam a explicar o contexto do trabalho de forma satisfatória. Assim, outras questões devem ser levantadas e aprofundadas na análise do momento profissional.

O delineamento atual da Terapia Ocupacional deve-se a várias imposições contextuais que influenciaram a forma como a Terapia Ocupacional foi se estruturando e se desenvolvendo.

A origem da profissão deu-se nos países desenvolvidos, como por exemplo Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha e França (MAC DONALD, 1972), numa época em que as instituições precisavam responder às necessidades de assistência aos incapacitados de guerra, aos trabalhadores acidentados de trabalho e à carência de mão-de-obra nas indústrias. Estes aspectos indicam que a Terapia Ocupacional foi instituída não apenas para responder às reivindicações dos trabalhadores e melhorar o nível de atendimento das pessoas com disfunções na realização de atividades, mas também para aten-

der aos interesses do capitalismo. Para tanto, o sistema social implementou diversas políticas sociais, entre as quais a Reabilitação, buscando neutralizar as pressões populares em relação às condições de saúde. Ao mesmo tempo, nos países onde o processo de industrialização estava se desenvolvendo, teve como objetivo o aumento do exército industrial de reserva. A Terapia Ocupacional foi assim se desenvolvendo, para atender, principalmente, a uma demanda pela reabilitação profissional dos trabalhadores.

Entretanto, no Brasil, essa demanda não ocorreu de forma semelhante e a constituição da profissão deu-se em um contexto diferente, embora fosse a reabilitação profissional a principal justificativa para a criação de serviços de reabilitação.

Tomando-se como referência histórica a Segunda Guerra Mundial, observa-se que o processo de industrialização no Brasil foi influenciado diretamente pelo modelo desenvolvimentista norte-americano, concretizado através de investimentos que passaram a ser injetados na economia brasileira. A imposição da política imperialista norte-americana veio ao encontro do modelo nacional-desenvolvimentista, concretizada na efetivação de convênios para assistência técnica e financeira (SEVERINO, 1986), tendo como conseqüências a introdução de *know how* americano e o estímulo a novos serviços, além da difusão dos valores da ideologia capitalista.

Esse contexto foi favorecido, de certa forma, pelos interesses da nova burguesia urbano-industrial que exigia a modernização de todos os setores da vida social brasileira, incluindo a saúde e educação.

Outros fatores facilitaram a introdução de novas profissões no Brasil, como a existência de um mercado aberto pouco diferenciado, o processo de divisão técnica do trabalho, a expansão das camadas médias que aumentou a demanda pela educação na busca de ascensão social e a grande capacidade de absorção de mão-de-obra qualificada, pela demanda dos novos serviços de consumo pessoal (DURAND, 1975).

Assim, os cursos foram sendo criados, inicialmente para atender a formação de pessoal técnico, em cursos de curta dura-

ção, como define o primeiro currículo mínimo de 1964. No entanto, esta característica foi alterada, à medida que os profissionais foram se organizando com a finalidade de serem reconhecidos e respeitados no mercado de trabalho.

"A criação de cursos para formação de novos profissionais foi incentivada pela política educacional que, após 1964, estimulou o mercado privado de prestação de serviços educacionais pela redução de exigências legais, com o objetivo de evitar insatisfações coletivas perante o problema do excedente universitário" (DURAND, 1975, p. 61). Criaram-se novos cursos e após a implantação destes é que o processo de reconhecimento e fiscalização se dava. As insuficientes exigências estabelecidas pelo currículo mínimo e pela legislação provocaram uma situação de precariedade nos cursos, traduzida por uma má qualidade de ensino, explicada pelo reduzido número de docentes, pela falta de recursos materiais e de instalações adequadas entre outros aspectos.

O curso para a formação dos terapeutas ocupacionais tinha como objetivo a reprodução das técnicas de reabilitação. À medida que o curso passou a ser de nível superior, por pressão dos profissionais que não queriam ser considerados tecnólogos, a formação recebeu influências importantes, próprias do contexto universitário. A década de 1970 foi, assim, um período em que várias contradições surgiram para a Terapia Ocupacional, especialmente em relação ao curso da Universidade de São Paulo, pois não havia um reconhecimento a nível da estrutura universitária e o modelo de formação técnica continuava sendo basicamente o mesmo dos anos anteriores.

Apesar do período de repressão política pelo qual passava a sociedade brasileira, gradativamente, os estudantes do curso se organizaram, contra a inexistência de uma infra-estrutura necessária à sua formação. Solicitaram uma formação mais abrangente e o cumprimento dos objetivos da Universidade, no sentido de proporcionar condições para garantia da qualidade de ensino e para o desenvolvimento de pesquisas.

A fragilidade e inconsistência dos cursos, ainda hoje, reforçam a relação de su-

bordinação na situação de trabalho profissional, especialmente no curso da USP que é atrelado ao curso de Medicina, carreira considerada hegemônica na área de saúde. Além disso, a hierarquia das estruturas institucionais vem reafirmar a reprodução das relações desiguais entre os profissionais.

Em relação a essas dificuldades enfrentadas pelos estudantes e profissionais, outros fatores devem ser considerados.

A população que procurava e que ainda procura a formação em Terapia Ocupacional é predominantemente feminina e originada das camadas médias da população. Durand (1985) apresenta estas propriedades das populações escolares, acrescida ao fato da opção pela carreira em primeira ou segunda opção, como questões que influenciam o fenômeno de hierarquização das profissões de nível superior encontrada no mercado de trabalho. Os estudantes geralmente desconhecem a especialidade, orientando-se, principalmente, pelas indicações dos manuais de inscrição para os vestibulares.

Durante o período de 1970 a 1984, foi uma carreira predominantemente de segunda opção (DURAND, 1985). Com o passar dos anos foi diminuindo essa situação de segunda opção no vestibular para os que optaram pela carreira de Terapia Ocupacional nas universidades públicas. Mais recentemente ficou definida apenas uma opção para o ingresso nessas escolas, mas a situação não se alterou significativamente. É um curso que ainda faz parte do grupo de carreiras menos conhecidas. Há um contingente de vestibulandos de Psicologia, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e Fonoaudiologia, que optam pela Terapia Ocupacional por não terem conseguido entrar nesses outros cursos.

Os dados da tabela a seguir ilustram a situação de concorrência para o ingresso na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em relação aos cursos de Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, durante o período de 1985 a 1987.

Esses dados mostram que a nota de corte no vestibular para o Curso de Terapia Ocupacional é a mais baixa em relação às outras carreiras citadas.

EVOLUÇÃO DA DEMANDA E NOTA DE CORTE DOS CANDIDATOS AOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP*				
ANO	CURSOS	CANDIDATOS	CANDIDATO/ VAGA	NOTA DE CORTE
1985	Medicina	7135	27.9	65
	Fonoaudiol.	397	26.4	50
	Fisioterapia	635	25.4	55
	Terap. Ocupac.	230	9.2	43
1986	Medicina	6153	24.1	65
	Fonoaudiol.	323	21.5	48
	Fisioterapia	519	20.7	52
	Terap. Ocupac.	163	6.5	40
1987	Medicina	7070	27.7	69
	Fonoaudiol.	386	25.7	49
	Fisioterapia	581	23.2	55
	Terap. Ocupac.	173	6.9	42

* Caetano, S. M., 1988 — pesquisa em andamento sobre o ensino de Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo.

Em relação às condições socioeconômicas, os alunos que ingressam na Terapia Ocupacional originam-se, em sua maioria, das camadas da população que têm médio e alto poder aquisitivo, parcela da população que tem mais facilidade de acesso à escolarização e possibilidade de ingressar em uma formação que requer dedicação em tempo integral para os estudos.

Durand (1985) entende que a característica predominante feminina da profissão, comum a várias especialidades da área de saúde, é decorrente da condição recente de emancipação da mulher na conquista do mercado de trabalho remunerado. Explica ainda que com o aumento da demanda da população feminina de classe média para o ensino médio e superior e o aumento do número de cursos de Serviço Social, Letras, Pedagogia e Filosofia, houve um contingente grande de profissionais que obtiveram baixa ou quase nenhuma gratificação com essas formações. Este fator também pode ter direcionado a procura de novas profissões que, apesar de desconhecidas, poderiam trazer maior reconhecimento social como as profissões da área de saúde.

A situação da Terapia Ocupacional no

mercado de trabalho, em relação às demais profissões, tem algumas peculiaridades. Embora seja uma técnica reconhecida como necessária nos locais onde há a atuação das equipes multiprofissionais, este profissional não é visto como indispensável. É um dos elementos da equipe não raramente substituído por pessoas que lidam com as atividades do dia-a-dia dos clientes. Essa situação pode ser explicada por alguns fatores. Primeiro, a população que procura a formação em Terapia Ocupacional vem com uma imagem de que o objetivo da profissão é de *ocupar os doentes*. Segundo, a Terapia Ocupacional é uma profissão que está passando pelo processo de estruturação e de formação de uma identidade. Terceiro, os profissionais procuram explicar para si e para as instituições onde trabalham quais as suas funções e o significado destas, na perspectiva de conquistarem novos espaços, reconhecimento social e uma convivência com os outros profissionais sem conflito. Porém, essa disputa por espaços se intensifica diante do contexto da divisão técnica do trabalho, cada vez maior, e da divisão de poder desigual nas equipes multidisciplinares. Essa situação leva à frag-

mentação do atendimento e à luta pela defesa do mercado de trabalho.

Nesse sentido, constituiu-se entre os terapeutas ocupacionais uma forte tendência corporativista que pode ser interpretada como um dos determinantes das contradições e dos limites que a profissão enfrenta hoje. Essa tendência, que, aliás, é comum na história de várias profissões, mostra-se através dos procedimentos jurídicos que os profissionais efetuaram como solução para a definição dos limites de atuação entre a Terapia Ocupacional e as demais especialidades. Assim, os Conselhos e Sindicatos da categoria cumprem a função de fiscalização, de defesa por um espaço de exclusividade e de reconhecimento legal, reforçando o papel ideológico de controle, conforme os objetivos do Estado.

Essa conquista pelo espaço institucional agrava-se desde 1979, face à crise econômica do país, acentuando a concorrência entre classes e grupos por oportunidade de emprego e de renda.

As dificuldades e contradições enfrentadas pelos terapeutas ocupacionais no seu trabalho têm também componentes relacionados aos modelos e propostas de intervenção originados do modelo norte-americano de formação destes profissionais.

Os modelos de prática existentes no mercado de trabalho são semelhantes aos definidos por Kielhofner em seu estudo sobre a mudança de identidade e o corpo de conhecimentos da Terapia Ocupacional nos Estados Unidos (1983). Este estudo analisa a história de mudança e crescimento da profissão, segundo as concepções de Thomas Kuhn, que compreende o progresso das ciências como um processo contraditório marcado pelas revoluções do pensamento científico. Kielhofner define modelos e abordagens da prática dos terapeutas ocupacionais que constituem os paradigmas de cada época da atuação desses profissionais e alguns fatores que influenciaram na erupção dos momentos de crise e transformação do pensamento científico e das práticas correspondentes.

Segundo Kielhofner, inicialmente houve a influência do tratamento moral na Saúde Mental, utilizado nos séculos XVIII e XIX, na Europa, quando se recorria à ocupação

como forma de humanizar os atendimentos e de se tentar normalizar o comportamento dos doentes mentais, constituindo um primeiro modelo de atuação em Terapia Ocupacional. Por razões ligadas ao aumento populacional, preconceitos étnicos, crescente tecnologia e descompromisso social em relação aos doentes, houve um declínio da abordagem baseada no tratamento moral, e o modelo da Psiquiatria foi se transformando, fortalecendo as abordagens reducionistas biológicas e psicológicas. A doença mental é considerada, neste contexto, como incurável e o atendimento foi se reafirmando na linha custodial. O tratamento passou a coincidir com a atuação baseada no tratamento quimioterápico e cirúrgico, criando uma nova situação no espaço asilar no qual a Terapia Ocupacional redefine-se.

Surgiu assim o **Paradigma da Ocupação**, uma organização teórico-prática baseada no pressuposto básico que os seres humanos teriam uma *natureza ocupacional* e que, portanto, a ocupação seria um elemento restaurador da saúde. A mente possuiria uma forte ascendência sobre o organismo, sendo atribuídas a ela importantes características, como por exemplo a consciência do tempo e a moral, que estimulavam o interesse e o comprometimento com as ocupações diárias de uma pessoa, incluindo o trabalho, o jogo e o repouso. Os problemas a serem resolvidos pelos terapeutas ocupacionais abrangiam a inatividade, a disfunção de hábitos e a quebra do equilíbrio da ocupação. Os métodos de tratamento utilizados eram:

- a) regressão e graduação;
- b) atenção e
- c) socialização.

A Terapia Ocupacional tinha como objetivo o engajamento dos pacientes em ocupações satisfatórias e socialmente úteis, fossem doentes mentais ou incapacitados físicos.

Com a influência da visão reducionista predominante na Medicina, a evolução tecnológica e a necessidade da Terapia Ocupacional ser reconhecida do ponto de vista científico, constituiu-se o **Paradigma dos Mecanismos Internos**, aproximadamente em 1960. Nesse contexto, a intervenção do

terapeuta implicava em avaliar e modificar os mecanismos internos para se aproximar de critérios pré-estabelecidos de funções, conforme os diferentes acometimentos, do sistema nervoso central (Abordagem Neurológica), do movimento e da força (Abordagem Cinesiológica) e afetivo-emocionais (Abordagem Psicodinâmica).

Embora esse paradigma tenha trazido vantagens para a compreensão mais profunda de como as estruturas e os processos corporais tornavam possível ou limitado o desempenho ocupacional, trouxe algumas perdas para a Terapia Ocupacional. Foi evidente o empobrecimento em relação ao uso de atividades pelos terapeutas ocupacionais, chegando a substituir esses recursos por exercícios puros, por grupos de conversas e por técnicas não ocupacionais. Além deste fator, as três abordagens levaram a uma visão reducionista, tanto em relação às possibilidades do tratamento quanto à compreensão dos problemas apresentados pelos clientes, criando uma versão passiva, mecanicista e automatizante do comportamento humano.

Assim, um novo período de transformação dos modelos profissionais emerge nos anos 1970, em função do reconhecimento das limitações do reducionismo para as ciências e das limitações da tecnologia para as necessidades dos cronicamente incapacitados.

Kielhofner interpreta o momento atual da Terapia Ocupacional como um momento de crise, onde novas propostas de atuação se formam na perspectiva de responder a uma formulação teórica própria, unificada, e de compreender a complexidade do ser humano. Nesse sentido, a crise aponta a necessidade de formação de um novo paradigma. Porém, não há ainda o predomínio de uma abordagem, mas há várias teorias em formulação, como a teoria de Reilly sobre o comportamento ocupacional e outras baseadas no desenvolvimento humano, configurando uma abordagem chamada pelo autor de "desenvolvimentalista".

Buscando-se esclarecer o que ocorre em nosso contexto profissional através dessa análise, feita por Kielhofner, sobre a evolução da Terapia Ocupacional nos Es-

tados Unidos, pode-se compreender em parte os modelos de atuação profissional existentes no mercado de trabalho brasileiro: o tratamento moral na Psiquiatria e Saúde Mental, o **Paradigma da Ocupação** e o **Paradigma dos Mecanismos Internos**.> Nota-se também que em Pediatria alguns profissionais têm uma atuação voltada para uma base desenvolvimentalista, na tentativa de maior integração dos aspectos motores, cognitivos, afetivo-emocionais e sociais do ser humano, conforme a fase de desenvolvimento apresentado pelo cliente.

No entanto, essa análise da evolução do corpo de conhecimentos e da prática dos terapeutas ocupacionais explica em parte os limites e as insatisfações dos profissionais. Este momento requer uma compreensão que extrapole a aparente onipotência diante dos resultados obtidos pelas técnicas de intervenção clínica e das contradições que se apresentam no contexto de trabalho.

O profissional tem se caracterizado por uma atuação a nível assistencial, no sentido de amparo e de proteção à população carente em suas propostas de reabilitação, objetivando a independência, a adaptação e a integração social dessas pessoas.

Essa proposta de tratar e de recuperar os clientes e de melhorar a sua qualidade de vida não tem atingido os seus objetivos. As técnicas de tratamento não são suficientes a este ponto e não satisfazem nem aos profissionais, nem aos clientes, que, aliás, não conseguem melhoria efetiva da sua condição.

Buscar a independência do cliente não significa apenas buscar a sua independência para as atividades de higiene, alimentação e outras do dia-a-dia. É fundamental transcender o objetivo de apenas recuperar a funcionalidade de um segmento do corpo. As técnicas são utilizadas em uma relação determinada, que deve ser analisada também sob outro enfoque: este homem é dependente nas suas ações, na sua liberdade e não conhece a possibilidade real de seu corpo. Corpo que faz parte de uma classe social, corpo que tem prazer e felicidade quando se apropria dos objetos (ALVES, 1985).

A maior parte da população atendida pela Terapia Ocupacional encontra-se em

instituições públicas e filantrópicas, e, portanto, mais exposta às precárias condições de vida, no que se refere à alimentação, higiene, moradia, trabalho e tratamentos preventivos. Em consequência, tem seu quadro de saúde agravado, facilitando a aquisição de deficiências, nascimento de crianças deficientes e a ocorrência de acidentes de trabalho (FERRIGNO, 1985).

No entanto, as práticas desenvolvidas pelos profissionais têm sido, em sua grande maioria, fundamentadas nas técnicas de intervenção clínica, demonstrando uma preocupação em apreender a singularidade dos indivíduos e de suas situações de vida, distanciando-os de suas bases sociais. A atuação técnica pretende-se neutra e objetiva.

Esta forma de atuação, embora venha sendo questionada por alguns profissionais, parece ser predominante na categoria. Pode-se identificar até recentemente que, nos cursos de graduação e nos raros de especialização, o estudo do homem e da sua atividade foi priorizado sob o ponto de vista médico tradicional e tecnicista. Os métodos de tratamento transmitidos pelos docentes têm um enfoque individualizado, destinado às camadas de média e de alta renda. Ao longo da formação dos profissionais, predominou o treinamento prático em serviços inseridos em instituições com estruturas conservadoras e elitizantes. Os estágios em instituições públicas para o ensino da prática não são a regra nos cursos de graduação. Quando ocorrem, têm o objetivo principal de utilizar os pacientes no processo de aprendizagem prática dos graduandos, demonstrando uma preocupação com os futuros profissionais e não com a clientela atendida. Esses estágios, em sua grande maioria, continuam reproduzindo o modelo tradicional de intervenção terapêutica.

A influência teórica americana trouxe uma visão de homem a-histórica e fragmentada em relação ao ser social e participativo que é nas transformações de si e do meio que o circunda.

O modelo de relação terapeuta-paciente é semelhante ao modelo médico oficial, autoritário, paternalista, onde se utiliza uma linguagem infantil ou, ao contrário, arrojada e complexa, própria do "discur-

so competente", conforme conceituação de Marilena Chauí (1981). Para estes profissionais, essa relação dissimétrica é fundamentada na desigualdade da competência técnica, apenas. Não admitem como fator a distância social entre os médicos ou terapeutas, e os doentes das camadas populares, geralmente vistos como ignorantes, como pessoas que expressam seus sintomas de forma caótica e desarticulada, cabendo aos profissionais classificar as doenças, os sintomas e, assim, reafirmar a medicina oficial como única capaz de pôr ordem ao caos, restabelecendo a saúde e o equilíbrio do organismo (LOYOLA, 1984 e TITTON, 1988). As relações de poder encontradas entre os profissionais e entre estes e o paciente são análogas às apresentadas por Guggenbuhl-Craig (1978), que enfatiza os abusos de poder cometidos pelos profissionais quando se colocam como onipotentes e falsos profetas.

Os conceitos de saúde e de incapacidade incorporados e transmitidos pelas primeiras gerações de profissionais são baseados na visão de *saúde-doença* como fenômenos excludentes entre si e isolados, cuja intervenção se restringe à cura orgânica imediata do problema. Entendem que os determinantes de saúde estão no indivíduo, na sua predisposição às doenças, na sua natureza, ou na falta de condições socioeconômicas e culturais da maioria da população, vista como uma situação dada e imutável. Trata-se de uma leitura do mundo e dos fenômenos impregnada pela ideologia dominante e veiculada pelo senso comum, que impede uma compreensão e tratamento da questão de forma a intervir nas condições de saúde que levam à morbidade.

A situação limitante e complexa em que se encontra a Terapia Ocupacional não é única, pois outras profissões enfrentam problemas semelhantes diante do atual contexto histórico.

Porém, para que se efetive o processo de evolução da Terapia Ocupacional, no sentido da superação das concepções retrógradas da filosofia de trabalho, é preciso constituírem-se grupos organizados de profissionais, independente da categoria profissional, que tenham clareza de suas funções político-ideológicas e que tenham

uma atuação direcionada para os interesses da maioria da população.

O processo de organização, bastante comprometido pelo desenvolvimento da história política brasileira, enfrenta na Terapia Ocupacional, assim como em outras especialidades da área de saúde, fatores que fragilizam e dificultam a sua evolução como a visão paternalista dominante, a profissão vista como missão, como ajuda e despojamento e as tendências corporativistas dos profissionais.

Embora parte dos profissionais que

estão no mercado de trabalho reproduzam, conservadoramente, os valores e as concepções aqui questionados, há entre eles indivíduos isolados que compartilham esses questionamentos.

A definição ideológica do profissional pode assim clarear a função do terapeuta ocupacional, uma função que extrapola a ação técnica, no sentido de superar alguns problemas e fazer das contradições um estímulo para a transformação. Transformação que se dará à medida que os debates, o conhecimento e a crítica tenham um lugar privilegiado entre os profissionais.

RESUMO

O artigo apresenta as limitações do trabalho clínico, geralmente explicitadas pelos terapeutas ocupacionais em seu cotidiano profissional. A partir dessa interpretação, aborda o contexto que influenciou a criação, a estruturação e o desenvolvimento da profissão no Brasil. As reflexões são orientadas no sentido de ampliar e aprofundar a análise feita por Kielhofner, à luz de autores críticos, desvelando algumas das contradições das relações profissionais.

Descritores: TERAPIA OCUPACIONAL/recursos humanos
TERAPIA OCUPACIONAL/educação
TERAPIA OCUPACIONAL/história

ABSTRACT

This paper presents the clinical boundaries the occupational therapists face, generally explicit in their daily professional routine. From this start point, it goes onwards dealing with the contextual impositions which influenced the creation, framing and development of the profession in Brazil. Reflections are oriented in the sense of extending and deepening the analysis carried out by Kielhofner, in the light of critical authors, disclosing some contradictions found out in professional relationships.

KEYWORDS: OCCUPATIONAL THERAPY/humans resources
OCCUPATIONAL THERAPY/education
OCCUPATIONAL THERAPY/history

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. 1985. *Conversas com quem gosta de ensinar*. 11ª ed., São Paulo, Cortez – Autores Associados, 87 p.
- BRASIL. Leis, decretos, etc. *Resolução n. 4*, de 28 de fevereiro de 1983. Seção 1. Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- CHAUÍ, M. S. 1981. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo, Moderna.
- DURAND, J. C. 1975. A serviço da coletividade — crítica à sociologia das profissões. In *Revista de Administração de Empresas* 15(6): 59-69, nov./dez.
- _____. 1985. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. In *Cadernos Fundap* 5(10): 4-23, julho. Profissões de Saúde.
- FERRIGNO, I. S. V. 1985. Tentativa de análise crítica sobre a questão da reabilitação profissional. In *Revista de Psicologia Social*, São Paulo, EDUC, 7: 51-74, novembro.

- GUGGENBUHL-CRAIG, A. 1978. *O abuso do poder na psicoterapia e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*. Rio de Janeiro, Achimé, 154 p.
- KIELHOFNER, G. 1988. *Saúde através da ocupação, teoria e prática em Terapia Ocupacional*. Tradução de FERRARI, M. A. C. São Paulo, Edusp-Ateneu (no prelo).
- LOYOLA, M. A. 1984. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo, Difel, 198 p.
- MAC DONALD, E. M. 1972. *Terapêutica Ocupacional en Rehabilitación*. Barcelona, Salvat, 515 p.
- SEVERINO, A. J. 1986. *Educação, ideologia e contra-ideologia*. São Paulo, EPU, 106 p.
- TITTON, J. A. 1988. *A consulta médica: análise dos elementos que a compõem*. Curitiba, Scientia et Labor, 63 p.

O nascer das palavras através do fazer*

No tratamento do paciente psicótico no Hospital-Dia "A Casa" – instituição que há 11 anos dedica-se a este tipo de trabalho –, damos grande importância aos grupos ditos *não-verbais*, onde nos utilizamos de atividades enquanto mediadores da relação terapeuta-paciente-grupo, com o objetivo de ampliar as possibilidades de expressão e a experimentação de novas formas de comunicação.

Estão englobados nesta categoria os grupos de fotografia, de projetos coletivos, de abordagem corporal e os grupos de Terapia Ocupacional propriamente ditos, sendo que a diferenciação entre estes grupos se dá mais ao nível da técnica utilizada e dos objetivos específicos de cada grupo, do que da compreensão que fazemos da importância deste recurso terapêutico para o paciente psicótico.

Partimos do pressuposto de que todas essas atividades possuem uma forte carga e potencial expressivos e que uma vez utilizadas num contexto terapêutico podem levar o paciente e/ou o grupo, não só à expressão de conteúdos individuais ou grupais, como à experimentação e circulação por outros códigos comunicacionais e novas formas de se relacionarem com o fazer.

Observamos no paciente psicótico uma impossibilidade do *viver criativo*, que se expressa em produções que são atreladas à criatividade de outrem, submissas a um discurso que não lhe é próprio. São produções onde fica evidenciada a repetição de uma história da qual ele não tem posse.

Acreditamos que esta impossibilidade do *viver criativo* está diretamente relacionada à impossibilidade que estes pacientes tiveram de vivenciar, em seu processo de desenvolvimento, espaços de discriminação, de experimentação da separação. Espaços estes que deveriam ter sido preenchidos por objetos ou fenômenos transicionais que evolutivamente dariam lugar ao brincar, ao brincar compartilhado e à experiência cultural.

Segundo Winnicott, este espaço potencial seria o lugar da possibilidade do viver criativo, sendo que se algo fracassa na relação da criança com a figura materna, este espaço, ao invés de ser preenchido por objetos dos quais o bebê poderia fazer uso para experimentar a separação, será preenchido por conteúdos que não lhe são próprios, sendo injetados neste espaço sem que o bebê tenha condições de rejeitá-los.

* Trabalho apresentado no II Encontro sobre Terapia das Psicoses organizado pela CAPS e pelo Hospital-Dia "A CASA", setembro de 1990.

** Do Hospital-Dia "A CASA". Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. Rua Dr. João Maia, 118 – 04109 – São Paulo-SP.

Pensamos portanto, quando tratamos de psicótico, na importância da criação deste espaço, de um campo transicional onde o paciente possa experimentar um fazer não mais atrelado a um fazer que não lhe é próprio.

A criação deste campo se daria através da entrada, da intervenção ativa do terapeuta que pode então dar ao paciente condições para que apareçam formas e conteúdos expressivos que podem adquirir um novo sentido, uma vez que são escutados de forma inédita.

O terapeuta se oferece enquanto um dos objetivos deste campo transicional, possibilitando que a produção do paciente também possa ser significada enquanto objeto transicional. O paciente, então, podendo experimentar o estabelecimento de vínculos que poderão ser investidos e desinvestidos afetivamente. Vínculos estes que permitirão que suas produções também passem por este processo de investimento-desinvestimento, imprescindível no estabelecimento das diferenças e das similaridades.

O estabelecimento deste campo, desta área de confiança, dá a oportunidade ao terapeuta de indicar atividades, de escolher materiais que abram a possibilidade de experimentação de novos códigos e que facilitem que acontecimentos individuais ou grupais sejam expressos.

Estas indicações possibilitam novas formas de relação do indivíduo com sua produção, permitem a reflexão sobre esta, e o estabelecimento de múltiplas conexões entre as diversas partes do paciente que aparecem expressas em sua atividade, entre o paciente e o terapeuta, entre o paciente e outros integrantes do grupo.

A indicação de atividades é entendida por nós enquanto ação interpretativa, ou seja, uma intervenção com valor interpretativo, uma vez que valida que algo precisa ser expresso e que experimentar alguns dos aspectos desta expressão, viabilizada pelo vínculo, tem fins terapêuticos.

Gostaríamos de ampliar esta questão da importância do campo transicional, a princípio inerente à relação terapeuta-paciente para outras esferas do tratamento psicótico, pensando na utilização que o paciente pode fazer do grupo enquanto

objeto transicional e da instituição, que pode ser vivida como uma marca, uma referência, onde vivências significativas e fundantes para o paciente são usadas transicionalmente, permitindo que este possa fazer futuras escolhas e aquisições. A instituição também passando por um processo de investimento-desinvestimento necessário para a construção de um viver criativo, onde possa existir um fazer, desta vez, ligado ao desejo.

Gostaria de exemplificar alguns destes aspectos através do caso de um paciente que no seu processo de tratamento no "A Casa" pôde circular por este campo, utilizando-se dos diferentes vínculos, de suas produções na Terapia Ocupacional e da instituição com objetos transicionais, uma vez que são mais próprios e próximos de seu desejo.

João, quando chegou ao "A Casa", nos parecia um paciente de prognóstico difícil: 37 anos, muitas crises, internações malsucedidas e uma família bastante desorganizada e indiscriminada.

Chega com manias, sempre carregando uma mochila, cheia de fragmentos do seu passado: fotos, recortes, escritos, desenhos, de épocas e significados diferentes, os quais ele tentava exaustivamente separar, ordenar sem êxito.

Eram fragmentos do seu passado, que expressavam a fragmentação do seu corpo indiferenciado — ora homem, ora mulher, ora um homem que havia engravidado e amamentado seu filho.

As tentativas de aproximação por parte dos terapeutas eram rechaçadas, só ele podia se aproximar e de uma forma bastante indiscriminada. Escrevia bilhetes, ou fazia desenhos que distribuía entre os terapeutas, mas sempre bastante impessoais.

Nos grupos de Terapia Ocupacional fazia alguns desenhos e esculturas. Fazia, explicava e interpretava suas produções.

E em nós ficava a impossibilidade de chegar perto. Mas, acompanhá-lo a certa distância tinha sentido, pois ele expressava sua loucura e abria um espaço para que pudéssemos escutá-lo, permitindo que se dessem os primeiros passos para o estabelecimento de um campo transicional onde os vínculos e suas produções foram adquirindo um lugar singular.

Começa a partir disso a deprimir-se, regride, engorda, dorme o dia todo, diz ter "nenê na barriga". Porém, começa a estabelecer vínculos de uma forma mais intensa, principalmente com as mulheres. Chama as terapeutas de mãe, irmã, avó etc. Fica mais próximo fisicamente destas, conseguindo com esta proximidade realizar atividades muito simples. Diz estar "vazio de idéias", mas a qualidade dos vínculos vai mudando, conseguindo fazer algumas escolhas afetivas que pode ir usando para sair da paralisia na qual se encontrava. O nenê que dizia ter na barriga se transforma em palavras, agora diz estar "grávido de palavras".

Desenha com nossa ajuda um parto, de onde saem palavras sem sentido. Indicamos atividades que tivessem a ver com este tema: montam-se alfabetos de argila ou cartolina, constroem-se jogos de palavras, composição de palavras e frases, criação de palavras novas, listas de sinônimos e antônimos.

Aos poucos começa a utilizar as palavras para escrever cartas. Cartas de amor que circulavam entre os terapeutas. Quando parecia elaborar a impossibilidade de se casar com uma, apaixonava-se por outra e assim sucessivamente.

Começa a namorar uma paciente e o namoro vai sobrevivendo aos seus outros apaixonamentos. Sua produção na Terapia Ocupacional se organiza mais. Faz plantas (estudou até o 4º ano de arquitetura), constrói projetos em madeira.

Começamos a trabalhar sua alta da Terapia Ocupacional, pois achávamos que ele já tinha condições de buscar algumas atividades fora. Escolhe com nossa ajuda fazer um curso de pintura, escolha que validamos, pois ele mostrava certa habilidade e fazia alguns desenhos que nos pareciam criativos.

Faz o curso, melhora muitíssimo a qualidade de seus quadros. Recebe alta da casa, mas continua indo quase que semanalmente nos visitar. Faz muitos quadros, mas dá todos de presente, e apesar de re-

ceber encomendas, não consegue comercializar suas obras. Nesta época, convidado-o a participar de uma exposição de arte *outside* organizada pelo Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, pelo Museu de Arte Contemporânea e pela Galeria de Arte Paulo Figueiredo.

Ele se entusiasma, pinta vários quadros, mas, como todos os outros integrantes desta exposição, não consegue vendê-los. Frustra-se, magoa-se comigo, acha que fui culpada de tudo, que eu o fiz produzir à toa, que foi uma armadilha minha para que ele produzisse. Este engano leva um bom tempo para poder ser desfeito. Muitas cartas, muitas conversas.

Após alguns meses, no meu aniversário me traz um presente: uma pintura de um palhaço chorando (muito parecido com ele) e uma carta, onde pela primeira vez tenta colocar a mim e a instituição em outro lugar: como vínculos possibilitadores, mas não exclusivos. Conta de sua análise individual, de seu namoro.

Nesta época fazia alguns trabalhos como desenhista projetista, bicos em reformas e construções para amigos.

Passa a pintar menos e entra num curso de redação, começando a escrever poemas, contos, com qualidade poética e um humor bastante particular. Nos visita para mostrá-los, dizendo ter o desejo de um dia publicá-los, parecendo circular pela escrita de uma forma mais produtiva e prazerosa do que com a pintura.

Nosso último encontro foi numa festa junina no "A Casa", quando me diz que algo havia mudado, diz estar surpreso, que havia vindo à festa na expectativa de sentir a mesma emoção que sentia em outros encontros comigo, com outros terapeutas, com a instituição.

Neste momento sinto que a qualidade dos vínculos mudou. Sinto-me e sinto que a instituição talvez esteja neste momento no limbo, como diria Winnicott.

Vejo-o mais seguro, mais inteiro e agora com uma produção da qual parece ter mais posse: a escrita.

RESUMO

A importância do uso de atividades expressivas no tratamento do psicótico é exemplificada neste trabalho, através do caso clínico de um paciente tratado em regime hospital-dia, onde foi possível a criação de um campo transicional, onde o paciente pode circular por diferentes formas de comunicação e expressão, sendo que suas produções, como os vínculos estabelecidos durante o tratamento, puderam ser investidas e desinvestidas, passar por um processo de investimento-desinvestimento, abrindo espaço para escolhas mais próximas do seu desejo.

Descritores: DISTÚRBIOS PSICÓTICOS/psicologia
PSICOTERAPIA
TERAPIA OCUPACIONAL

ABSTRACT

The importance of using revealing activities in the treatment of psychotic patients is exemplified in this work, through the case of one patient treated in Day-Hospital "A CASA", where was possible to create a transitional field, where the patient can circulate for diferents ways of communication and expression. His production as his therapeutic relation establish during the treatment, can be signified as transitionals objete. Opening space for the closest of his desire.

KEYWORDS: PSYCHOTIC DISORDERS/psychology
PSYCHOTHERAPY
OCCUPATIONAL THERAPY

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENETTON, M. J. *Terapia Ocupacional – uma abordagem metodológica em Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado PUC. São Paulo. 1989.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro. 1975.

AULAGNIER, Piera. *A Violência de Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago. 1979.

BOURDIN, M. A. *A Ergoterapia: um dos contextos do jogo proposto ao paciente psicótico*. *Journal de Ergotherapie*. 1988, 10, 2, 60-64.

O Papel do terapeuta ocupacional na hanseníase: atuação no estado de São Paulo

INTRODUÇÃO

A hanseníase é, ainda, uma doença temida devido ao seu grande potencial incapacitante.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, há um registro oficial de 239 mil casos em 1986, com uma estimativa de 260 mil em 1987. Com relação a 1987 houve um crescimento de 30% correspondentes a 19 mil casos novos. Tal produção coloca-o entre os três países que têm o maior índice de ocorrência no mundo, ao lado da Nigéria e Índia (OESP, 1984). Com relação à América Latina, é responsável por 80% de todos os casos conhecidos. É importante ressaltar que os números acima poderão estar bem abaixo do número real, estimado pelos técnicos do próprio Ministério da Saúde em 500 mil hansenianos.

Apesar de hoje reconhecer-se que a hanseníase é responsável por maior número de pessoas incapacitadas do que a paralisia infantil, por exemplo, há uma dificuldade em se realizar campanhas no sentido de orientar a população. O programa de combate à hanseníase prevê uma divulgação nos meios de comunicação a cada trimestre (OESP, 1988).

Apesar destes esforços governa-

mentais, o hanseniano ainda carrega um estigma muito forte, devido às deformidades que apresenta, as quais são passíveis de serem evitadas.

Na tentativa de controle epidemiológico surgiram as primeiras colônias de hansenianos, que somam hoje 20, em todo o país (Campos, 1942). A idéia de isolamento foi copiada dos modelos de leprosários que surgiram na Idade Média, segundo Foucault.

No Estado de São Paulo foram criados cinco asilos-colônia, sendo o mais antigo o de Santo Ângelo, datado de 1928 (CAMPOS, 1942). Atualmente os asilos foram transformados em quatro hospitais de Dermatologia Sanitária e a ênfase está sendo dada para o tratamento ambulatorial.

É importante ressaltar que grande parte dos pacientes que procuram o tratamento já apresentam algum tipo de incapacidade, em geral de grau 2, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde, desde o momento do diagnóstico.

Os fatos acima apontam para a necessidade de um controle mais efetivo no que diz respeito não apenas à doença em si,

* Do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Via Washington Luiz, km 235 - C.P. 676 - CEP 13560 - São Carlos - SP.

mas principalmente à prevenção de incapacidades.

Neste sentido o documento elaborado pela DNDS (Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária) do Ministério da Saúde, com o título: "Propostas para o Controle da Endemia Hanseníca no Brasil – 1986-1990", enfatiza o treinamento em larga escala de todas as categorias, incluindo aqui terapeutas ocupacionais e a implementação de centros de prevenção e reabilitação de incapacidades físicas em hanseníase.

HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NO ATENDIMENTO A HANSENIANOS

Para melhor compreensão da evolução do papel profissional da Terapia Ocupacional, dividiu-se este capítulo em duas partes: na primeira parte analisa-se o papel do profissional nos hospitais e num ambulatório e na segunda, nos centros de saúde.

Terapia Ocupacional nos Hospitais de Dermatologia Sanitária

O papel da Terapia Ocupacional em hanseníase tem início no Hospital Lauro de Souza Lima e foi no Jornal Fênix, publicação do próprio hospital, em 1975, que se tem os propósitos da intervenção terapêutica ocupacional naquela instituição.

"Os objetivos da Terapia Ocupacional com pacientes portadores da hanseníase são: a prevenção de deformidade e restauração física, o ajustamento e avaliação pré-vocacional. Na prevenção e restauração física, o valor da Terapia Ocupacional está no envolvimento físico e mental do paciente, numa atividade construtiva que promoverá os exercícios funcionais necessários para o desenvolvimento normal da parte afetada. (...) para tanto o seu tratamento visará: a) desenvolvimento de força muscular, aumento e manutenção dos limites de movimento do membro superior; b) coordenação de ação muscular; c) treinamento de coordenação olho-mão quando os distúrbios da sensação forem presentes; d) fabricação de splints e adaptações que auxiliem o paciente na restauração da função; e)

treinamento e reconhecimento de adaptação para as atividades da vida diária, perigosas para as mãos insensíveis; f) reeducação muscular; g) desenvolvimento de tolerância física ao trabalho; h) desenvolvimento de habilidades latentes e atitudes corretas em preparação para o treinamento vocacional e reabilitação profissional."

No início de 1976 houve contratação de Terapeuta Ocupacional para atuar num ambulatório especializado no atendimento a hansenianos, na cidade de São Paulo. No ano de 1977, o artigo denominado: "A atuação do Terapeuta Ocupacional em pacientes portadores de hanseníase", apresentado no 4º Encontro Científico Paulista de Terapia Ocupacional, relata o tipo de intervenção feita:

"O programa de Terapia Ocupacional visa sempre a prevenção ou restauração física dos problemas detectados na avaliação (capacidade de preensão, habilidades mono e bimanuais, adaptação à deficiência; as atitudes do paciente e como o mesmo encara a moléstia e suas dificuldades).

O objetivo principal é explorar a capacidade funcional máxima do paciente, através de atividades que aumentem ou desenvolvam a força muscular, aumentem a amplitude articular, treinem a coordenação viso-motora para casos de insensibilidade nas mãos (importante porque o paciente se fere, queima ou traumatiza com muito mais facilidade), dêem resistência psicofísica, e o adaptem à doença e a sua deficiência. As atividades são iguais às desenvolvidas com pacientes deficientes físicos (atividade em couro, madeira, fios, linhas, metal, cerâmica, pintura, costura, desenho, datilografia). Desenvolvem-se também atividades recreativas em grupo. Nos casos de início das garras dos dedos mínimo e anular usam-se splint de gesso de fácil confecção, utilizado pelo paciente à noite, deixando as mãos livres durante o dia. O splint é moldado na mão do paciente, encobrindo os dedos mínimo e anular e deixando os demais livres. Um ponto

importante é orientar o paciente nas atividades da vida diária. Uma das queixas mais habituais é a da incapacidade de segurar corretamente os talheres, problema solucionado com o envolvimento de espuma no cabo dos mesmos.

Na discussão em grupo com pacientes donas-de-casa obtêm-se sempre resultados positivos já que todas se conscientizam dos cuidados que devem tomar com as mãos ao realizar as tarefas domésticas.

Quando o paciente é diagnosticado como portador de hanseníase geralmente sofre um trauma e há um desajuste psicológico ocasionado pela mudança na sua rotina. A necessidade de um tratamento longo, afastamento de seu trabalho, medo de contagiar seus familiares e medo de afastamento dos amigos e parentes fazem com que o paciente se isole completamente do convívio social. Problemas como alcoolismo e dependência hospitalar são atitudes comumente encontradas entre os pacientes. Outra característica dos pacientes mais antigos é a revolta ocasionada pela internação compulsória e isolamento total da sociedade. A Terapia Ocupacional, através das atividades, mostra os aspectos positivos, as capacidades residuais e dá condições para que o paciente se valorize e aceite as suas limitações.

O fator de maior importância da Terapia Ocupacional no tratamento com os pacientes com hanseníase é o contato físico. A manipulação das mãos dos pacientes na avaliação ou programa constitui base para obter do paciente colaboração e aceitação do programa específico e também no tratamento em geral".

Como se pode observar a atuação do profissional enfatizava os aspectos secundários e terciários da atenção à saúde, ou seja, a intervenção só ocorria quando se detectava algum tipo de incapacidade, mesmo no caso de atuação em ambulatório. E apesar de se observar menção aos aspectos psicossociais nos dois relatos,

tem-se claro que a abordagem central do tratamento era quanto aos aspectos físicos dos pacientes.

Terapia Ocupacional nos Centros de Saúde

Na década de 80 a profissão, ao refletir sobre sua atuação, ampliou sua prática através da atenção primária à saúde. Neste contexto, os terapeutas ocupacionais que atuavam com os hansenianos seguiram a tendência da profissão e dos programas de saúde. Num primeiro momento a preocupação permaneceu atrelada ao atendimento de pacientes que apresentassem algum comprometimento, mas sem necessidade de intervir numa linha terciária (de reabilitação).

A atenção primária na atuação com pacientes hansenianos está ganhando destaque oficial nos últimos três anos. O crescente número de terapeutas ocupacionais, fruto do aumento do número de cursos, ressaltaram a formação para se atuar junto ao hanseniano, fizeram com que os Centros de Saúde integrassem este profissional em seus quadros. A formação do Terapeuta Ocupacional em hanseníase teve início com o curso de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, no final da década anterior.

No Estado de São Paulo foram criados os GEPROS (Grupos Especiais de Programas), na Secretaria de Estado da Saúde e em 1987 foi criado o GEPRO Hanseníase que entre os objetivos principais estabeleceu como prioridade a implementação do programa de prevenção de incapacidades por técnicas simples.

No documento elaborado por esse grupo foram criados os Centros de Prevenção de Incapacidades (C.P.I.) que atualmente são 10: 7 na grande São Paulo e 3 no interior do Estado para onde são encaminhados os pacientes apresentando algum tipo de comprometimento que não puderam ou não podem ser devidamente tratados nos Centros de Saúde. Nos C.P.Is o terapeuta ocupacional, além das funções técnicas, tem o papel de treinador do pessoal auxiliar em prevenção de incapacidades.

O documento do GEPRO preconiza que:

"as atividades de Terapia Ocupacional são indicadas de acordo com o grau de acometimento aos:

a) pacientes com parestesia, hipostesia e/ou paresia

- * orientações sobre a doença;
- * conscientização de áreas hipostésicas e adaptações de A.V.D. (atividades da vida diária), se necessário;
- * participação no programa de atividades para restauração de força muscular e para estimular a sensibilidade;
- * palmilhas.

b) pacientes com anestesia e/ou paralisia

- * orientação sobre a doença e sobre P.I.;
- * splints estáticos ou dinâmicos para mobilidade articular (manutenção ou ganho de amplitude de movimentos);
- * programa de adaptação nas A. V. D. (atividades da vida diária) ou nas A. V. P. (atividades da vida prática);
- * programa de pré e pós-operatório quando o paciente está sendo encaminhado para cirurgia;
- * prescrição para adaptação de calçados.

c) pacientes com neurites

* imobilizações, avaliação sensitiva periódica para descrever e relatar a evolução (piora ou melhora) do tronco nervoso comprometido;

Ao ceder a fase aguda o tratamento consiste na melhoria da paresia ou parestesia.

O mapeamento sensitivo consiste em:

- * pesquisa da sensibilidade térmica;
- * pesquisa da sensibilidade dolorosa;
- * pesquisa da sensibilidade tátil (consiste em tocar dois pontos de modo dinâmico e estático e na utilização de fio de nylon com graduação: 0,5gr, 2,0gr, 5,0gr e 10,0gr).

d) avaliação funcional

- * para detectar dentro da escala de função o diagnóstico e índice funcional

com controle periódico;

* reeducação da preensão para tratamento das paresias;

* prescrição de adaptação em ferramentas de trabalho e utensílios domésticos.

e) avaliação profissional

* pacientes que apresentam seqüelas e que tenham dificuldade para dar continuidade em suas atividades profissionais receberão orientação para adaptações nos autocuidados e nas ferramentas de trabalho;

* quando necessitar de mudança na atividade profissional serão encaminhados aos Centros de Reabilitação Profissional, visando sua integração social."

As atribuições acima enfatizam, primordialmente, o aspecto físico do paciente que, sem dúvida, deve se constituir em uma das principais metas de atendimento. Mas o próprio documento sobre prevenção de incapacidades estabeleceu como objetivo:

"a ampliação do conceito de incapacidade transcendendo o plano físico e abrangendo o plano psicossocial para estimular no paciente a auto-valorização e a auto-estima". (Secretaria de Estado da Saúde, 1989).

O processo de capacitação funcional torna-se inválido se não forem abordados os aspectos psicológicos e sociais de hanseníase.

Para alcançar parte deste objetivo a Terapia Ocupacional tem como recurso as atividades em grupo que são importantes para que os pacientes troquem as experiências e possam conhecer as dificuldades dos demais. As atividades, ao lado do aspecto preventivo físico, um dos eixos de destaque da profissão, pois sejam artesanais, de A.V.D. (por exemplo, cozinhar e cuidados com horta e/ou jardim), expressivas (dança, música, dramatização, relaxamento), plásticas (pintura e desenho), permitem aos pacientes a oportunidade de se conhecerem, de relacionarem suas próprias dificuldades com as dos outros, va-

lorizarem as capacidades remanescentes ou ainda as que são *descobertas* no processo. Observa-se com freqüência os *insights* de pacientes que se vêem com possibilidades de atuarem em ocupações e funções nunca cogitadas pelos mesmos.

Outro ponto que deve ser destacado são as visitas domiciliares, feitas pelo terapeuta ocupacional para se conhecer a realidade do paciente e sua família. Elas permitem constatar, *in loco*, o tipo de atividade que o paciente realiza em sua casa, as adaptações de que necessita, além de se observar o relacionamento deste com sua família. As orientações quanto à prevenção de incapacidades devem ser dadas em conjunto com um familiar mais próximo, pois o apoio da família é fundamental para que o paciente valorize as medidas terapêuticas a serem adotadas. Através de atividades em conjunto com um membro da família (colagem, jardinagem, AVD, jornal mural) possibilita-se ao mesmo visualizar a necessidade de apoiar o paciente nas atividades mais corriqueiras além de se retirar também um aspecto patológico do quadro familiar, que em geral se estabelece quando se diagnostica hanseníase. As discussões acerca do medo da doença, do contágio, do preconceito, da rejeição social tornam-se mais proíficas se feitas através de vivências psicodramáticas. Ao se dramatizar um tema (como por exemplo, o tratamento da doença) os pacientes e familiares podem transmitir ao terapeuta ocupacional suas dúvidas e inseguranças com relação à doença e como tudo isto contribui para outras dificuldades detectadas. Temos observado que o psicodrama pedagógico é um valioso auxiliar para erradicar, às vezes, de modo definitivo muitas das dúvidas que cercam o paciente e seus familiares.

Outra questão fundamental é a ocupação ou função exercida pelo paciente no seu trabalho. O terapeuta ocupacional ao

prescrever uma adaptação à ferramenta ou máquina para evitar maiores comprometimentos deve constatar como o paciente executa a tarefa, no próprio local de trabalho. O contato com o superior imediato do paciente para explicitar a importância da adaptação ou mesmo mudança na função exercida constitui uma das formas de educação à comunidade, com a finalidade de diminuir preconceitos existentes.

Um aspecto que consideramos importante e que não foi destacado no referido documento é o papel do terapeuta ocupacional na elucidação diagnóstica. O mapeamento sensitivo detalhado permite confirmar ou não o acometimento neural que é muitas vezes incipiente, permitindo diagnosticar a doença precocemente.

O papel do profissional na equipe multiprofissional do C.P.I. está valorizado mas não se tem claro qual a sua função no contexto geral (em nível de articulação com outros profissionais), não se tendo explicitado as atribuições específicas do Terapeuta Ocupacional como também as relações interprofissionais que devem ser estabelecidas.

Faltou explicitar ainda o papel do profissional em nível de planejamento no GEPRO. É relevante ter no quadro do grupo um terapeuta ocupacional como assessor técnico que gerenciasse as atividades de outros terapeutas ocupacionais atuantes nos C.P.Is, que se articulasse com os terapeutas ocupacionais de outros GEPROS e também junto à comunidade.

Apesar das *lacunas* acima apontadas no que diz respeito à proposta de intervenção, é importantíssimo destacar o reconhecimento oficial do profissional na prevenção de incapacidades em hanseníase, no Estado de São Paulo. Observa-se pois a consolidação de uma nova forma de atuar, ressaltando-se que esta, em nível ambulatorial, é, ainda, um fato muito recente.

RESUMO

O artigo trata da evolução do papel do terapeuta ocupacional, no atendimento a pacientes hansenianos.

No primeiro momento são destacadas as atuações nos hospitais e ambulatórios especializados, com análise do tipo de intervenção realizada. No outro, são analisadas as novas formas de atuação nos Centros de Saúde, com ênfase na atenção primária.

O estudo foi completado com uma análise crítica de um documento oficial que descreve as atribuições dos terapeutas ocupacionais nessa área.

Descritores: HANSENÍASE/reabilitação
SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA/organização
TERAPIA OCUPACIONAL

ABSTRACT

This article is about the occupational therapist's role evolution in treating leprosy patients. The treatment procedures used in hospitals and specialized out-patients clinics are focused and these modes of intervention are analyzed in relation to their outcome. A second point is focused and analysed on the new treatment procedures used in public health centers, emphasizing primary care. This study was completed by a critical review of a document which discriminates the O.Ts. attributions in this clinical area.

KEYWORDS: LEPROSY/rehabilitation
COMMUNITY HEALTH SERVICES/organization
OCCUPATIONAL THERAPY

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPOS, N. S. 1942. *História da endemia leprótica em S. Paulo*. Monografia.
- FOLHA DE S. PAULO. *Um brasileiro é contagiado pela hanseníase a cada 30 minutos*. 4/4/89.
- FOUCAULT, M. 1978. *A história da loucura na Idade Clássica*. (trad.) José Teixeira Coelho Netto, SP, Perspectiva, cap. 1.
- O ESTADO DE S. PAULO. *Casos de hanseníase aumentam em 30%*. 31/1/89.
- . *Descaso no combate à hanseníase*. 19/2/89.
- OLIVEIRA, M. L. W. 1986. *Propostas para o controle da endemia hanseníase no Brasil, 1986-1990*. Divisão Nac. Dermat. Sanitária, Ministério da Saúde.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-CADAIS GEPRO HANSENÍASE. *Relatório final de trabalho dos grupos técnicos*. 1º Encontro Estadual de Hanseníase, de 24 a 26/5/89, SP.
- TOYODA, C. Y. 1977. *A atuação da terapeuta ocupacional em pacientes portadores de hanseníase*. 4º Encontro Científico Paulista de Terapeutas Ocupacionais.
- . 1989. *A Terapia Ocupacional no controle das incapacidades em hanseníase*. Trabalho apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Recife, PE.
- VILLAR, I. A. 1975. *Terapia Ocupacional no Hospital Lauro de Souza Lima*. Jornal Fênix, p. 3.

Treinamento de autocuidados em pacientes portadores de bronquiectasia

A bronquiectasia é uma infecção crônica e necrotizante dos brônquios, clinicamente caracterizada pela presença de febre e tosse, acompanhada de grande quantidade de escarro purulento. A causa está relacionada com obstrução ou dilatação anormal dos brônquios e infecção crônica persistente (ROBBINS, ANGELL & KUMAN, 1982).

O tratamento indicado para tais casos implica em um conjunto de medidas que devem ser utilizadas simultaneamente e inclui medidas gerais como, por exemplo, dieta rica em proteínas e abstenção de fumo e medidas específicas: hidratação adequada por via oral, inalatória ou venosa, uso de drogas empregadas com base em resultados de culturas, cirurgia, caso a bronquiectasia esteja bem definida e localizada, além da fisioterapia visando a manutenção de mecânica ventilatória eficiente e limpeza brônquica constante a fim de prevenir reinfecções (SILVEIRA, 1984).

Em nossa experiência, junto ao Ambulatório de Fisioterapia no Prédio dos Ambulatórios do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, observamos com frequência que o tratamento clínico-fisioterápico diminui o índice de reinfecções, melhorando o quadro clínico e funcional dos pacientes,

diminuindo o número de reinternações e a necessidade de medicamentos. Entretanto, deparamo-nos com um problema decisivo na evolução destes casos, pois estes desenvolvem com frequência certa dependência do atendimento fisioterápico, principalmente devido à cronicidade da doença, prolongando consideravelmente a permanência no programa de tratamento.

Analisando este comportamento propusemos um programa dirigido de atividades fisioterápicas a pacientes portadores de bronquiectasia não-cirúrgica, objetivando a educação em relação ao quadro clínico, com treinamento de atividades fisioterápicas e autocuidados.

METODOLOGIA

1. Seleção de pacientes

Foram selecionados, através de avaliação clínica e fisioterápica, dez sujeitos portadores de bronquiectasia não-cirúrgica, alfabetizados, não-fumantes, não etilistas, sem outra patologia associada, sem discriminação de sexo e idade.

2. Procedimento geral

1º Período — durante oito semanas os sujeitos foram submetidos a exames e coleta de dados para caracterização das

* Do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 455, CEP 01246 — São Paulo — SP.

variáveis a serem estudadas (linha de base). No final deste período foram submetidos ao 1º teste.

2º Período — nas oito semanas seguintes foram submetidos a treinamento semanal em grupo, em sessões de três horas de duração. Ao final do período procedeu-se ao 2º teste.

3º Período — em seguida, durante oito semanas, foram acompanhados quinzenalmente em grupo, em sessões de uma hora. Seguiu-se o 3º teste.

Variáveis Treinadas e Estudadas

1. Controle do volume e secreção

Cada sujeito colheu diariamente, em um frasco graduado e adaptado, a secreção expelida na primeira hora da manhã, após levantar-se. Em seguida anotava o volume indicado em ficha apropriada e eliminava o frasco e seu conteúdo.

2. Controle da hidratação

Foi registrado pelos sujeitos o número de copos de líquidos ingeridos durante as 24 horas do dia. Este valor foi posteriormente transformado em litros.

Os sujeitos foram estimulados a ingerir no mínimo dois litros de água por dia.

Foram calculadas as médias dos volumes de secreção expelida (em cm³) e de líquido ingerido (em litros) em cada período.

3. Exercícios fisioterápicos e caminhadas

Foi treinado um conjunto de vinte exercícios fisioterápicos que incluíam exercícios respiratórios, posturais, de relaxamento e limpeza brônquica. Os sujeitos foram orientados a realizá-los diariamente com dez repetições de cada exercício.

As anotações diárias realizadas pelos sujeitos diziam respeito ao número de exercícios realizados no dia e o número de repetições de cada um.

Os pacientes também foram orientados e treinados a realizarem uma marcha acelerada de trinta minutos, no mínimo uma vez por semana. O treinamento impli-

cou na educação para reconhecimento de sobrecarga de esforço através das frequências cardíaca e respiratória e sintomas clínicos.

A avaliação do efeito associado dos exercícios e das caminhadas foi feita através de um teste de Cooper com variação de 12 minutos.

Pacientes portadores de bronquiectasia geralmente apresentam limitações e baixa tolerância a exercícios devido ao quadro obstrutivo e disfunção da musculatura respiratória. O teste de Cooper em sua variação de 12 minutos tem sido proposto como um método de avaliação simples e de alta reprodutibilidade no acesso ao nível de tolerância aos exercícios (Mc GAVIN e COLS, 1978).

Neste teste, realizado ao término de cada um dos 3 períodos, os sujeitos foram submetidos a uma marcha acelerada em terreno plano por 12 minutos. Foram registradas as distâncias percorridas e os sinais vitais.

Índice de Abandono do Tratamento

Foi de 30% e as causas foram: infecção uterina acompanhada de hemorragia, dificuldade para conciliar horário de trabalho e mudança de cidade.

Resultados e Comentários

Com relação ao teste de Cooper, após o 2º teste, não observamos alterações com relação ao 1º teste realizado, exceto para o sujeito 3 que apresentou piora associada a dor articular (tabela 1).

O treinamento não foi suficiente para alterar os resultados produzidos pelos sujeitos, segundo este teste de avaliação. No entanto, podemos observar um aumento significativo na distância percorrida para a maioria dos sujeitos, exceto os de número 2 e 3, quando da realização do 3º teste, levando a um aumento médio de $102,9 \pm 82,8$ m de distância percorrida para o grupo. Observamos assim, quando calculamos a diferença entre o 3º e o 1º testes, que a expectativa de resultados não deve ser imediata e deve considerar o período de adaptação dos sujeitos e o tempo necessário para que ocorram as respostas

Tabela 1 – Teste de Cooper – 12 minutos (Distância percorrida em m)				
Sujeito	1º teste (após 3º período)	2º teste (após 2º período)	3º teste (após 3º período)	Varição 3-1
1	1440	1440	1560	120
2	1440	1440	1440	0
3	1320	1200*	1320	0
4	1440	1440	1560	120
5	1440	1440	1560	120
6	1320	1320	1560	240
7	1320	1320	1440	120
Média do grupo	1388.6	1371.4	1491.4	102.9
Desvio padrão	64.1	94.4	94.4	82.8

* Paciente referiu dor na articulação do tornozelo.

Tabela 2 – Ingestão de líquidos (hidratação) (volume medido em litros)				
Sujeito	média 1º período	média 2º período	média 3º período	Varição (entre o 3º e o 1º período)
1	2.20	2.80	3.35	1.15
2	2.61	2.90	3.00	0.39
3	0.58	1.20	2.10	1.52
4	2.40	2.50	3.42	1.02
5	2.10	3.25	3.88	1.78
6	1.38	1.59	2.30	0.92
7	1.20	2.65	2.90	1.70
Média do grupo	1.78	2.41	2.99	1.21
Desvio padrão	0.74	0.74	0.63	0.49

Tabela 3 – Controle do volume de secreção Eliminado (em cm³)				
Sujeito	médiado 1º período	média do 2º período	média do 3º período	Varição (entre o 3º e o 1º período)
1	5.49	3.81	3.02	1.68
2	12.80	4.00	10.20	2.60
3	3.92	3.13	1.28	2.64
4	8.84	8.10	6.31	0.74
5	4.90	6.48	3.78	1.12
6	4.20	4.10	2.08	2.12
7	16.90	12.80	12.12	4.10
Média do grupo	8.15	6.05	5.54	2.14
Desvio padrão	5.0	3,5	4,2	1,1

cardiorrespiratórias e musculares por parte do organismo.

Tomando ciência, via registros diários de atividades fisioterápicas e de caminhadas dos pacientes, observamos uma aderência maciça ao tratamento. Acreditamos que esta mudança de comportamento refletiu diretamente nos resultados do teste realizado que consideramos positivo em se considerando o pequeno espaço de tempo e o número de sujeitos estudados pelo protocolo.

Analisando os dados das tabelas 2 e 3, e baseadas em nossa experiência, acreditamos que os resultados relativos à hidratação e ao volume de secreção eliminada estejam intrinsecamente relacionados. Embora seja um assunto questionável pela literatura, observamos em nossa rotina que uma hidratação adequada implica em secreção fluida e com menor esforço para expectoração.

Neste experimento observamos uma melhora importante na hidratação dos sujeitos estudados do 1º para o 2º teste e do 2º para o 3º teste, levando a um aumento médio diário de ingestão de líquidos de $1,21 \pm 0,49l$, entre o 3º e 1º testes, para este

grupo. Chamamos a atenção para o fato de que sujeitos que ingeriam um volume adequado de líquidos, como é o caso dos sujeitos 1, 2 e 4, não sofreram grandes alterações de hábitos, mas sujeitos que ingeriam um mínimo de líquido, como nos casos 3 e 7, apresentaram uma alteração significativa do volume ingerido de líquidos (tabela 2).

Paralelamente, ocorreu uma diminuição no volume de secreção eliminado do 1º para o 2º período e do 2º para o 3º período, perfazendo uma diferença média de volume entre o 3º e o 1º períodos de $2,14 \pm 1,1$ cm³ de secreção, para o grupo. É interessante observar que no caso dos sujeitos 3 e 7 citados anteriormente como exemplo de mudança de hábito de ingestão de líquidos encontramos uma diferença de 2,64cm³ e 4,10cm³, ou seja, os valores mais altos encontrados neste experimento, referentes à diminuição de volume de secreção eliminada.

Da mesma maneira os sujeitos 1, 2 e 4 também tiveram seus índices de volume de secreção eliminada diminuídos, mas em menor escala como podemos observar na tabela 3.

Os resultados referentes a volume de secreção e hidratação mostraram-se positivos e significativos tanto no período de treinamento (2º período) quanto no período de acompanhamento (3º período).

Assim, consideramos os resultados

satisfatórios tanto a nível clínico-funcional quanto a nível comportamental. Questionamos a possibilidade de protocolos que acompanhem os sujeitos por períodos de no mínimo um ano, mostrando assim os efeitos do treinamento a longo prazo.

RESUMO

Este trabalho mostra uma abordagem de treinamento de autocuidados e fisioterapia para sujeitos portadores de bronquiectasia não sujeitos a cirurgia.

A análise da eficácia deste programa foi demonstrada através de um controle de hidratação, expectoração e atividades fisioterápicas.

Consideramos os resultados satisfatórios tanto a nível comportamental quanto clínico-funcional.

Descritores: BRONQUIECTASIA/reabilitação
FISIOTERAPIA
ENSAIOS CLÍNICOS/métodos

ABSTRACT:

This report shows an aspect of practising in autocare and physical therapy for patiente with bronchiectasis that had not gone for surgery.

The analisys of the program's efficiency had been demonstrated by control of hydratation, expectoration and exercises.

We was had satisfying results as comportamental well as function and clinical aspects.

Keywords: BRONCHIECTASIS/rehabilitation
PHYSICAL THERAPY
CLINICAL TRIALS/methods

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEVILACQUA, F.; BENSOUSSAN, E.; SILVA, J. M.J.; CASTRO, F. S.; MARIANI, L. C. & GOLDFELD, O. 1985. *Manual do exame clínico*. São Paulo, Ed. Cultura Médica Ltda.

BLASI, A. & OLIVIERI, D. 1982. *Hipersecreção brônquica*. São Paulo, Organização Andrei Editora LTDA.

Mc.GAVIN, C. R.; ARTIVINLY, M.; NAOE, H. & Mc.HARDEY, G. J. R. 1978. *Dispnoea, disability and distance walked: comparison of estimates of exercise performance in respiratory disease*. Br. Med. J. 2:241-43.

ROBBINS, L. S.; ANGEL, M. & KUMAN, V. 1982. *Patologia básica*. São Paulo, Atheneu Editora.

SILVEIRA, I. C. 1984. *Manual de infecções respiratórias*. São Paulo. Médici – Editora Médica e Científica Ltda.

Notas acerca da questão moral na Terapia Ocupacional ou correndo por fora da raia

"... o tipo de reducionismo que absolutiza aspectos particulares é responsável pela manipulação maciça das relações humanas. Esse reducionismo nos leva muito freqüentemente ao tipo 'antropotécnico e de bioética que tratam a pessoa como objeto' ". (Bernhard Haering)

Este texto, que é mais de questionamento do que de respostas, visa trazer algumas idéias motivadas pelos debates, com alunos e colegas, ao longo desses anos em que vimos envolvidos com a disciplina Ética Profissional.

Indagar sobre a questão do juízo de valores expressos, na prática clínica do terapeuta ocupacional, naquelas tarefas que vinculam pacientes e terapeutas e toda a gama de conseqüências que delas se seguem, será a nossa tarefa.

Sob o ditame da racionalidade científica da sociedade contemporânea, na "afirmação desmensurada da objetividade, de que se exclui todo o significado humano" (NOGUEIRA, 1979), a dimensão *técnica* vem suprimindo a dimensão *moral* na busca por responder aos problemas do comportamento moral do sujeito humano.

Observamos a cada dia que passa as práticas terapêuticas (dos terapeutas ocu-

pacionais, dos médicos, dos psicólogos, dos fisioterapeutas) se assentando na afirmação da neutralidade técnico-científica. Mostrando claramente a transformação destas práticas em simples técnicas de intervenção da realidade humana, em práticas manipuladoras de dados e estatísticas do comportamento para adequá-los aos fins e interesses do sistema.

Em nossa prática profissional cotidiana, vemos os profissionais avaliando, nomeando, classificando e rotulando o comportamento dos pacientes sob os seus cuidados, com o propósito de melhor conduzir a chamada *ação terapêutica*. Através de um saber técnico-científico já constituído — que se encarrega de dar conta de um conjunto de conhecimentos sistematizados — isento de qualquer conteúdo de valores morais, portanto imune às influências do modo de produção ou formação social nos quais estão inseridos. Constitui-

* Do curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 455 — 2º andar CEP 01246

se assim em procedimentos técnicos neutros, cujo único objetivo é adequar, normalizar, atingir o consenso.

Pautados, por um lado, na crença de que a totalidade da realidade é aquela fatia da realidade na qual se especializou, por outro lado, na falsa idéia de independência absoluta da intervenção profissional. Buscam nos limites da própria especialidade a compreensão do comportamento humano, ignorando (ou fingindo ignorar) que a própria fragmentação do saber (em especialidades) é um produto social, isto é, determinado pelas relações sociais, sobretudo pelas relações de produção.

É então, neste contexto de redução e absolutização dos problemas do homem concreto frente à multiplicidade de situações da realidade social, que o comportamento humano (em suas várias formas: político-econômica, social e moral) é transformado em mera questão técnica passível de intervenção.

No bojo desta questão cabe perguntar: qual o mecanismo de mensuração, de medida, utilizado por esses profissionais ao avaliar, julgar o comportamento humano? Essas medidas realmente prescindem do julgamento de valores morais? Como é possível uma avaliação — julgamento neutro? Não estariam as atitudes e comportamentos de seus pacientes sendo medidos a partir de seu maior ou menor risco para a ordem social vigente?

A essas perguntas Paulo Gaudêncio (1982, p. 24) nos aponta um caminho para a reflexão quando diz:

"A classificação vivenciada pelos pacientes na clínica psiquiátrica tem seu correspondente e fundamento num sentido social vago, generalizado e difuso, de que a vida instintiva dos homens possui — com efeito — representantes úteis e inúteis, benéficos e danosos, normais e aberrantes, utilizáveis ou extirpáveis, retificáveis, corrigíveis (...). Ao bom e mau do senso comum, responde a psiquiatria com a ilustrada codificação do normal e do patológico. Patológico porque socialmente danoso".

O que transparece dessas considerações é o atrelamento dos conceitos (cate-

gorias), de uma determinada prática científica, no caso a psiquiatria, aos valores morais que dada sociedade reconhece e pratica.

A este ponto, que nos parece central na consideração da dimensão ética da atividade terapêutica, prende-se outro não menos importante; trata-se da utilidade de um modelo fixo de normalidade, a quem serve tal modelo.

Partindo do princípio de que "as instituições se fundam num saber que tem força de lei e se apresentam como expressão da verdade" (id. *ibid.*, p. 58), e que esse saber "deve ser interiorizado nos comportamentos concretos" (id. *ibid.*, p. 58), temos então que um modelo fixo de normalidade vem de encontro aos interesses das manutenções destas mesmas instituições que necessitam de mecanismos para garantir o seu ideal harmônico. De tal modo que, a partir de um conceito fixo de normalidade, torna-se fácil detectar os desvios. O que não se adapta, não se ajusta ao modelo preconcebido, põe em risco a ordem e o ideal social harmônico, portanto é classificado de anormal.

"Nessa classificação moralizada, originada da transformação das diferenças em oposições, perde-se a possibilidade de considerar a existência da multiplicidade. A unidade passa a ser sinônimo de comportamento coerente, donde uma coisa ou outra..." (id. *ibid.*, p. 62).

Vemos então que esse modelo de normalidade, carregado de conteúdo ideológico e axiológico, serve de instrumento de reforço do sistema, para escamotear os conflitos.

Se, por um lado, sob o ditame da racionalidade científica, os comportamentos dos homens, que pressupõem juízos valorativos, sentimentos éticos ou posições morais, vêm sendo traduzidos por meras questões que os técnicos podem resolver, por outro lado, esquecem esses técnicos que:

"...aquém da brutalidade dessa invasão, dessa vertigem de progresso e de 'economia saudável', muito além da lógica (...) existe um reduto dentro do

ser humano, um território de ninguém, quase esquecido: a liberdade do homem, o seu poder de dizer: **NÃO**. (GOMES,)

Um não à coisificação do homem, um não aos abusos que vêm sendo cometidos pelas práticas calcadas nesse modelo que transforma o homem em objeto, em máquina de fácil manejo.

Estamos plenamente cientes de que ao resgatar ainda que dessa forma *demasiado*

sumária — e porque não dizer *imprudentemente ousada* — a dramaticidade da problemática moral da prática terapêutica, uma série de questões ficaram de lado. Entretanto, acreditamos também que se não houver uma atenção especial por parte dos profissionais da saúde, para as questões aqui apontadas, continuaremos a viver e reafirmar o mundo das belas mentiras. Como nos fala Lorenzon (1989): "... uma ilha de fantasias onde a razão racionalizante constroi belas teorias, cercadas de problemas cruciais de todos os lados."

RESUMO

O texto surgiu das idéias motivadas com alunos e colegas e, a partir do nosso envolvimento com a disciplina Ética Profissional, no curso de formação de terapeutas ocupacionais. A preocupação central é levantar questões, do ponto de vista ético, que possam trazer à tona a dramaticidade da problemática do sujeito humano, que ao adentrar no contexto de saúde (como paciente) deixa de ser sujeito para ser objeto de fácil manipulação. Evidenciar essa dura realidade que vem sendo escamoteada pelo sistema social mais amplo, com o propósito de colocar *em xeque* a famosa mentalidade científica que tem respaldado a prática clínica dos terapeutas ocupacionais, é o nosso caminho.

Descritores: TERAPIA OCUPACIONAL/educação
ÉTICA

ABSTRACT

This text has resulted from ideas motivated by pupils and colleagues, and beginning with our engagement in the Professional Ethics discipline, during the formation course — of occupational therapists.

The main preoccupation is to raise questions, from Ethic's point of view, that may bring to the same level the dramatization of the human being's problem, who, when enters into the context of health (as a patient) stops being a subject to become an easily manipulated object. Our way is to evidence this hard reality that has been pilfered by the broader social system with the intention of "keeping in check" the famous scientific mentality that has supported the clinical practice of occupational therapists.

Keywords: OCCUPATIONAL THERAPY/education
ETHICS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NOGUEIRA, J. C. 1979. Notas sobre o papel da ética, na formação do psicólogo. *Revista Reflexão*, Campinas, Instituto de Filosofia, nº 16.
- GAUDENCIO, P. e col. 1982. *A Morada da moral*(a questão da moral na psicologia), MG Editores, São Paulo.
- GOMES, M. E. A. S. 1981. A utopia radical de Rubens Alves: um estudo da obra "Filhos do amanhã". *Revista Reflexão*, Campinas, Instituto de Filosofia, nº 20.
- LORENZON, A. 1989. Questionamentos a uma ética supostamente universalista. *Revista Reflexão*, Campinas, Instituto de Filosofia, nº 45.

Reflexões sobre a influência do fator cultural no processo de atendimento de Terapia Ocupacional

Este trabalho procura analisar aquilo que o indivíduo tem de mais profundo e vivo dentro dele: *a sua cultura*, buscando apreender e compreender o modo de vida, os padrões de comportamento, sistemas de crenças, arte, moral, ou qualquer outra forma de expressão assimilada pelo paciente em seu próprio grupo social.

Portanto, a proposta deste trabalho é contribuir com o estudo da Terapia Ocupacional (e também de outras profissões da área de saúde que buscam entender o indivíduo na sua totalidade) a partir de uma análise das relações existentes entre a ação do paciente e suas raízes culturais.

A idéia partiu de nossa vivência como terapeuta ocupacional no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, onde são atendidos pacientes das mais variadas procedências do Brasil. Durante estes 3 anos e meio de trabalho com pacientes psicóticos, começamos a observar o que de sua cultura estes indivíduos expressavam em processo terapêutico, ao lidar com atividades como argila, madeira, pintura, tapeçaria, jardinagem, costura, etc.

Cultura, aqui entendida, como sendo: "as formas materiais e espirituais com que os indivíduos de um grupo convi-

vem, nas quais atuam e se comunicam e cuja experiência pode ser transmitida através de vias simbólicas para a geração seguinte". (OSTROWER, 1987, p. 9).

A tentativa de compreender a dinâmica da ação do paciente, a partir de uma visão extratificada do ser humano, mostrava-nos a insuficiência deste enfoque para a compreensão da complexidade das questões que emergem da prática assistencial com indivíduos de procedências diversas e muitas vezes diferentes do próprio terapeuta. Surgia uma necessidade de buscar um entendimento dos fatos no contexto de sua complexidade. Como enfatiza Geertz, é preciso procurar relações sistemáticas entre fenômenos diversos.

"E para conseguí-lo, precisamos substituir a concepção 'estratigráfica' das relações entre os aspectos da existência humana por uma sintética... É uma questão de integrar diferentes tipos de conceitos de tal forma que possa formular proposições significativas incorporando descobertas que hoje estão separadas em áreas estanques de estudos" (GEERTZ, 1972, P. 49-50).

* Do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP – SP. Av. Dr. Arnaldo, 455 – 2º andar – CEP 01246 – São Paulo

Este estudo desenvolve-se a partir do pressuposto de que não se pode considerar a prática do sujeito desengajada de suas próprias relações sociais, das condições e modo de produção, do lugar que ocupa o sujeito e da forma de se colocar frente a essas circunstâncias que lhe são únicas. É necessário conhecer a realidade do universo cultural para se compreender realmente o outro.

Para isso, buscamos entender a cultura a partir do enfoque da antropologia cultural, por esta ter como função compreender o ponto de vista particular de cada grupo social, estudando os produtos da atividade mental de cada grupo: o comportamento exterior, a fala, os gestos, as atividades das pessoas, e os resultados palpáveis como instrumentos, casas, artesanato, artes, dança etc. (KLUCKHON, 1963, p. 45). Ela procura definir a cultura com um conjunto de costumes, mostrando que existe um significado e um objetivo em toda ação do ser humano, podendo responder como cada povo vive e como chegou um a ser como é.

Como esclarece Ruth Benedict em "O Crisântemo e a Espada", a "cultura é como uma lente através da qual o homem vê o mundo. Homens de culturas diferentes usam lentes diversas e, portanto, têm visões desencontradas das coisas" (BENEDICT, 1988, p. 41). O modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais, e mesmo as posturas corporais são, assim, produtos de uma herança cultural. Com isso indivíduos de culturas diferentes podem ser facilmente identificados por uma série de características, tais como o modo de agir, vestir, caminhar, comer, se expressar. Pois é somente quando nos tornamos menos ignorantes sobre um povo é que suas ações passam a se tornar menos obscuras, menos imprescindíveis, incoerentes e *imorais*, e com isso menos interpretações erradas e mal entendidos podem ocorrer.

Por isso, ao se tentar compreender o outro, interpretar suas ações, é necessário buscar o significado de seu comportamento particular, projetando-o sobre o pano de fundo dos sentimentos, dos motivos, dos valores característicos de sua cultura. Pois

cada realidade tem sua lógica interna, que devemos procurar conhecer, para que façam sentido as suas práticas, concepções, costumes. As variações em cada grupo social não são gratuitas. Fazem sentido para os agrupamentos humanos que as vivem, são resultado de sua história.

Assim, tudo que está sendo formado e transformado pelo homem já vem impregnado de valores culturais. Não se esteja negando a individualidade do indivíduo, pois a maneira pela qual este aborda e avalia certos problemas traduz, sem dúvida, algo de exclusivo de sua personalidade, reflete anseios e convicções de caráter particular a partir de suas vivências também particulares. Mas, por mais que o indivíduo se individualize, existem aspectos valorativos, coletivos, culturais que estão fora de seu âmbito pessoal. Abrange a maneira de pensar, sentir e se comover, abrange a maneira de agir e reagir, a própria maneira de o homem vivenciar o consciente e as incursões ao inconsciente.

Em sua, tudo o que o indivíduo faz está inserido dentro de um contexto de significados, e por isso, uma obra só recebe sua verdadeira significação quando é integrada ao conjunto de uma vida. O homem, ao se expressar, fala sobre si, sobre sua vida, seus costumes e valores.

Antonio Risério e Gilberto Gil, ao escreverem para a Folha de São Paulo do dia 28 de maio de 1988, retratam com clareza essa questão das diferenças culturais dentro da identidade nacional brasileira:

"O Brasil é um curto-circuito antropológico: uma aventura de etnias e culturas, em conflito e em mestiçagem permanente (...)."

Somos um país de muitas cores, nuances e matizes (...). Pois são essas nossas diversidades, reunindo desde a cultura cabocla do vale amazônico, até os urbanóides de São Paulo, que nos constituem e nos singularizam na 'global village' (...).

Mas é preciso definir em termos brasileiros, o significado dessas diferenças. Afinal somos todos iguais perante a natureza — perante as irrevogáveis leis da vida e da morte — mas não somos todos iguais perante a cultura (...).

O Brasil é um laboratório de diferenças".

O ponto central deste trabalho está justamente aí: poder apreender o significado de cada ação humana, relacionando-a sempre ao seu contexto. Para isso, faz-se necessário partir da própria consciência do paciente, tentando observar a totalidade de sua expressão e compreender e apreender ao máximo a cultura que carrega cada indivíduo.

Mas, como poderá o terapeuta interpretar estas significações sem recorrer às formas de pensamento próprios de sua cultura? Aqui se encontra a grande questão: a *compreensão verdadeira do outro*. O que é que nos garante que a percepção subjetiva de fenômenos, pelo terapeuta, apresente algo comum com o do paciente de cultura diferente daquele?

É necessário reconstruir a história de cada paciente, não no que diz respeito somente ao individual, mas também ao seu coletivo. É fundamental que o terapeuta recuse a si próprio como indivíduo particular que pertence a determinado grupo social, que deixe de identificar-se com sua própria civilização, seus valores, seus quadros lógicos tradicionais, afim de poder compreender realmente o significado particular e cultural do outro. O terapeuta deve tentar entender as simbologias expressas pelos pacientes em suas atividades, não a partir de seus próprios valores, padrões e

crenças, mas sim a partir de toda a complexidade da dinâmica do outro. Pois toda expressão (verbal ou não-verbal) sempre vai comunicar — conteúdos carregados de experiências culturais vividas e absorvidas ao longo de toda a história de cada um. O terapeuta que não se dispuser realmente a conhecer o contexto de vida do paciente, pode incorrer no risco de fazer interpretações erradas, pois tudo que o indivíduo faz está inserido dentro de um contexto de significado próprio de suas tendências individuais e culturais.

"Uma determinada catedral é feita de pedra e vidro, mas não apenas pedra e vidro, é uma catedral, e não somente uma catedral, mas uma catedral particular construída num tempo particular por certos membros de uma sociedade particular. Para compreender o que isso significa, para perceber o que isso é exatamente, é preciso conhecer mais do que as propriedades genéricas da pedra e do vidro e bem mais do que é comum a todas as catedrais. É preciso conhecer também os conceitos específicos das relações entre Deus, o homem e a arquitetura que elas incorporam, uma vez que foram eles que governaram a sua criação. Não é diferente com os homens: eles também são artefatos culturais". (GEERTZ, 1972, p. 62-63)

RESUMO

A complexidade das questões que emergem da prática assistencial com indivíduos de procedências diversas e muitas vezes diferentes do próprio terapeuta, mostra-nos que uma visão cindida do homem é insuficiente para a compreensão de sua ação.

Este trabalho pressupõe, então, a compreender a influência da cultura no agir e pensar de cada indivíduo, aprendendo o significado de cada ação humana, relacionando-a sempre ao seu contexto.

É necessário reconstruir a história de cada paciente, não no que diz respeito somente ao individual, mas também ao seu coletivo e cultural.

Descritores: TERAPIA OCUPACIONAL/tendências
ANTROPOLOGIA CULTURAL
SAÚDE MENTAL

ABSTRACT

The complexity of questions which emerge from the attendance with individuals from different origins and, most of the time, different from the therapist, himself, shows us that a partial vision of the person isn't enough for the understanding of this action.

The aim of this work is to understand the influence of culture in the way of acting, thinking of each persons, assimilating the meaning of each human action, always relating it to its context. It's important to reconstruct the story of each patient, not only concerning the himself but also his cultural and social environments.

Keywords: OCCUPATIONAL THERAPY/tendencies
ANTROPOLOGY, CULTURAL
MENTAL HEALTH

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENEDICT R. 1988. *O Crisântemo e a Espada*. Editora Perspectiva, São Paulo.
- CALDAS, W. 1986. *O que todo mundo precisa saber sobre cultura*. Editora Global, São Paulo.
- CUVILLIER, A. 1975. *Sociologia da Cultura*. Editora Globo, Rio de Janeiro.
- GEERTZ, C. 1972. *A Interpretação das Culturas*. Editora Globo, Rio de Janeiro.
- KLUCKHOHN, C. 1963. *Antropologia. Um espelho para o homem*. Editora Itatiaia Limitada, Belo Horizonte.
- OSTROWE, F. 1987. *Criatividade e Processo de Criação*. Editora Vozes, Petrópolis.
- RISÉRIO, A. e GIL, G. 1988. *Democracia e diferença. Folha de S. Paulo. 28/04. Ilustrada. São Paulo.*

Percepção acerca da Terapia Ocupacional

Este ensaio é baseado no resultado de uma pesquisa (questionário) aplicada pelos alunos do quinto semestre do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências da Saúde do Instituto Porto Alegre (IPA) em 1987.

Esse questionário nasceu da necessidade surgida na disciplina de Terapia Ocupacional Aplicada a Problemas Sociais, que estava naquele ano sob minha responsabilidade. O questionário foi aplicado a profissionais da área de saúde, auxiliares de administração hospitalar, doentes hospitalizados e a alunos do próprio curso.

O objetivo da pesquisa era sentir como essas pessoas percebiam a Terapia Ocupacional, o que conheciam desta profissão e qual o número de pessoas ligadas direta ou indiretamente à área, que já tinham ouvido falar em Terapia Ocupacional.

A análise dos resultados da pesquisa, aliados às observações da minha prática profissional são a base deste ensaio, onde tentarei passar para a comunidade acadêmica, com a qual estou diretamente envolvida, uma análise sobre a forma de perceber a Terapia Ocupacional.

Neste trabalho adotarei termos filosófi-

cos e sociológicos procurando remeter os leitores às suas respectivas fontes, para que sejam melhor compreendidos.

Um dos termos a ser utilizado é o conceito de *estigma*, de Goffman (1982). Como conceito de valor tomamos a definição de Augusto Brunner (1940), baseado na obra de Kant. O conceito de *percepção* está baseado nas obras de Husserl, principalmente em "A idéia da fenomenologia", e em Merleau-Ponty (1975) em "Fenomenologia de la percepcion".

Usarei também, para ilustrar e reforçar a idéia básica do ensaio, um conto de Cecília Meireles, "A arte de ser feliz". Penso que ele reflete, de maneira lírica, o que representa para o ser humano a percepção da realidade exterior e o que isto significa para a conquista da felicidade.

" Houve um tempo em que minha janela dava para um canal. No canal oscilava um barco. Um barco carregado de flores. Para onde iam aquelas flores? Quem as comprava? Em que jarra, em que sala, diante de quem brilhariam? E que mãos a tinham criado? E que pessoas iam sorrir de alegria ao recebê-las? "

* Da Faculdade de Ciências da Saúde do Instituto Porto Alegre — Curso de Terapia Ocupacional — Rua Joaquim Pedro Salgado, 80. CP nº 267 — CEP 90000 — Porto Alegre, RS.

Considerando a percepção como a aquisição de conhecimentos através dos sentidos, percebo que a compreensão e o entendimento de uma prática profissional depende da *janela* pela qual o profissional irá olhar. Como ele selecionará o modelo de uma prática profissional? De que janela ele irá olhar para que possa desenvolver a capacidade de perceber uma profissão sem rotulá-la?

A maioria dos profissionais, principalmente da área de saúde, desconhece o conceito teórico de Terapia Ocupacional. Assim como desconhece o conceito teórico de Medicina, Psicologia, Serviço Social, etc. Conhece a prática destas profissões e, a partir do que é percebido, pensa conceituar, pensa conhecer, pensa entender.

O que viria a ser, teoricamente, Terapia Ocupacional? De acordo com Hopkins (1983):

"Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de dirigir a participação do homem em tarefas selecionadas para restaurar, reforçar e aumentar a performance, facilitar a aprendizagem daquelas habilidades e funções essenciais para adaptação e produtividade, diminuição ou correção de patologia e para promover e manter a saúde. Seu interesse fundamental é a capacidade, através da duração da vida, para executar com satisfação para si e para os outros aquelas tarefas e papéis essenciais para a vida produtiva e para o domínio de si e do meio".

Como se via e se vê a Terapia Ocupacional? Como ela foi e é percebida?

A prática da ocupação como medida terapêutica é utilizada desde as civilizações clássicas, passando por um período de inatividade durante a Idade Média. Com a filosofia humanitária, nos séculos XVIII e XIX, a ocupação tornou-se uma forma de tratamento formalizada e amplamente aceita. Surgiu uma escola de pensamento para o doente mental que foi chamada de "tratamento moral". Este tratamento visava o ambiente de situação de vida do doente, a fim de corrigir "hábitos de potencial moral de vivência". O tratamento utilizava "remédios morais" de educação, hábitos, trabalho e jogos como recurso terapêutico

para a normalização do comportamento desorganizado do doente mental. Paralelamente, outras correntes se organizavam e exigiam um tratamento mais *científico*, surgindo a quimioterapia e a cirurgia como formas de tratamento, o que evidentemente mudou todo o enfoque sobre a doença mental.

No final do século passado, com o avanço do pensamento científico, houve um declínio do tratamento moral. Este declínio, no entanto, não impediu que esta prática continuasse. E foi assim que, no início do século XX, a psiquiatria começou a difundir a idéia de que os pacientes poderiam, mesmo sendo doentes mentais, levar uma vida mais normal. Surgiu assim o paradigma da ocupação e, nos anos 20, a profissão de Terapia Ocupacional.

Como este paradigma era também originado de um conceito arrojado, ou seja, partiu-se de uma tarefa simples que era dar uma ocupação ao doente para tentar *cientificar* esta ação tornando, não a tarefa, mas o ato de possibilitar a realização desta tarefa em algo científico, criando uma prescrição para esta tarefa. Só que nesta tentativa penso que houve uma distorção, porque, no ato de proporcionar uma ocupação para o indivíduo considerado doente, a realização da tarefa continuava a se dar baseada na prática anterior, não na base proposta pelo modelo da prescrição. Para os olhos dos doentes e outros profissionais a prática da Terapia Ocupacional continuava sendo a mesma, ou seja, a ocupação pela ocupação. Criou-se nesse processo de questionamento do paradigma um estigma, *um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo*, que reduziu a Terapia Ocupacional à simples ocupação do doente. Todo o avanço que houve nos anos 40 e 50, quando foram desenvolvidos os três modelos principais de tratamento (ocinesiológico, o psicanalítico e o neurológico), foi desconsiderado.

Por que este estigma? A meu ver, ele surge com o estabelecimento do estereótipo de que o doente tem que se manter ocupado, pois assim ele *se distrai*, não pensa nos problemas, não se torna uma ameaça à família e à instituição. Esta falácia é a primeira impressão que os profissionais da saúde têm da prática da Terapia Ocupacional.

Outro estereótipo que contribui para reforçar o estigma é a forma como o terapeuta ocupacional trabalha, ensinando a atividade ao doente. O terapeuta ocupacional, profissional de nível superior, se sente muitas vezes *diminuído* por estar fazendo trabalhos manuais com os doentes, levando-os para passear, ensinando-os a se manterem higienizados, realizando festas junto com os mesmos. O fato do terapeuta ocupacional lidar na sua práxis com o uso da comunicação não-verbal, bem como o pouco uso da comunicação verbal ou o intercalamento do fazer com a comunicação verbal faz com que ele não valorize a sua atividade, reforçando dessa forma o estereótipo. Outro dado observável que facilita a rotulação é vivermos numa sociedade onde o comunicar-se supera o fazer, porque, inclusive, comunicar pode significar um não fazer. Deixe que façam por você. Pague para que façam por você.

Estes estereótipos não permitem que os outros profissionais da área de saúde se interessem em saber como se dá o processo de tratamento em Terapia Ocupacional, quais relações são estabelecidas entre o terapeuta e o doente, como acontece a prescrição da atividade e como se desenvolverá a relação de aprendizagem mútua. Tudo isso fica, como afirma Goffman (1982), "no campo do desacreditável, ou seja, não se tem ao certo o que se está percebendo pois não se tem um conhecimento além do eminentemente percebido".

"À sombra da árvore, numa esteira, passava quase todo dia sentada uma mulher, cercada de crianças. E contava histórias. Eu não a podia ouvir (...) mas as crianças tinham tal expressão no rosto, e às vezes faziam com as mãos arabescos tão compreensíveis, que eu participava do auditório, imaginava os assuntos e suas peripécias".

Sobre a questão da seletividade da percepção de que fala Cecília Meireles busco reforço em Brunner e Goodman (apud EIZIRICK, 1984, p. 36) que diz ser esta seletividade influenciada e organizada por dois fatores principais, o valor e a necessidade, entendendo-se por valor "o que se tem por tal, o fundamento do nosso

conhecimento que por conseguinte constitui a estrutura categorial de nossa consciência".

De acordo com Brunner e Goodman (id. ibid.) "quanto maior o valor social de um objeto mais ele será suscetível de organização por determinantes comportamentais"; tal objeto será selecionado perceptualmente de outros objetos alternativos de percepção, será fixado como uma tendência de resposta perceptual e será perceptualmente acentuado. Qual seria o valor atribuído à Terapia Ocupacional? E percebida por outros profissionais e pelos próprios doentes, inicialmente, como algo *inferior, regressivo, infantil, uma bobagem, algo para passar o tempo, coisa para quem não tem o que fazer, coisa de mulher*. Esta percepção gera, entretanto, uma contradição na medida em que a Terapia Ocupacional é buscada com o intuito de proporcionar ao indivíduo maior socialização e independência econômica. O paradigma ocupacional propunha que o homem não tinha somente o direito de curar-se de doenças mas também o direito à respeitabilidade e à auto-satisfação em sua existência. E quando acontece desta prática *dar certo*, o questionamento é levado mais uma vez à estereotipia: *Qual o milagre? Que base científica gerou esta cura?*

Este aspecto se relaciona com o que Freud (1976, p. 22) chama de "desprazer perceptivo", ou seja, o *dar certo* desencadeia uma ansiedade originada a partir da percepção desvalorizada, pela novidade que pode ser percebida como um *perigo*, uma *ameaça*. Logo, este profissional que assim a percebe se arma com as defesas, negando a profissão ou a estigmatizando.

Entretanto, esta estigmatização não ocorre somente a partir dos profissionais da saúde. Ela ocorre com a maioria dos alunos dos cursos de Terapia Ocupacional e com os próprios profissionais. Os valores percebidos através dessas rotulações, que de uma certa forma os alunos transmitem e os cursos não transformam, são reproduzidos pelos profissionais.

Segundo Husserl é preciso fazer uma distinção entre o fenômeno e o que aparece, entre o fenômeno em si e o objeto. Segundo Aurélio B. de Holanda, fenômeno é tudo que é objeto da experiência possível e que se pode manifestar no tempo e no es-

paço segundo as leis do entendimento. "Às vezes abro a janela e encontro o jasmineiro em flor, outras vezes encontro nuvens espessas". É preciso, portanto, refletir sobre o que é o fenômeno em si na Terapia Ocupacional e o que é o objeto.

Ainda segundo Husserl o "estar dado das coisas é ser representadas de tal e tal modo em tais fenômenos. E aí as coisas não existem para si mesmas e enviam para dentro da consciência os seus representantes, mas as coisas são e estão dadas em si mesmas, no fenômeno e em virtude do fenômeno". O que seria, portanto, a busca de uma identidade? Não sabemos o que nos identifica? Percebemos igualmente o objeto da Terapia Ocupacional? Por que não lidarmos com várias identidades? A identidade é algo que nos identifica e isto depende da forma como cada indivíduo

percebe o mundo. O que precisa ser identificado são as variáveis que determinam esta forma de atuar, ou seja, que atividades realizamos para sermos percebidos como terapeutas ocupacionais?

"Quando falo destas pequenas felicidades certas, que estão diante de cada janela, uns dizem que estas coisas não existem, outros dizem que só existem diante das minhas janelas, e outros, finalmente, que é preciso aprender a olhar para poder vê-las assim".

Creio que a capacidade do terapeuta ocupacional em perceber este fenômeno e saber diferenciá-lo do objeto é, a meu ver, a única saída para a transformação deste valor percebido sobre a Terapia Ocupacional.

RESUMO

Este ensaio é baseado no resultado de uma pesquisa (questionário) aplicada pelos alunos do quinto semestre do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências da Saúde do IPA (Instituto Porto Alegre), ano de 1987.

O objetivo do questionário era sentir como essas pessoas, enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos percebiam a Terapia Ocupacional, o que conheciam desta profissão e qual o número de pessoas ligadas direta ou indiretamente à área, que já tinham ouvido falar em Terapia Ocupacional.

A análise dos resultados da pesquisa, aliados às observações da minha prática profissional, são a base deste ensaio.

Tentar-se-á passar para a comunidade acadêmica alguns questionamentos sobre a forma em que é percebida a Terapia Ocupacional em nossa sociedade.

Descritores: TERAPIA OCUPACIONAL/tendência
TERAPIA OCUPACIONAL/história

ABSTRACT

This essay is based on the result of a research (questionary) done by the fifth semester students of Occupational Therapy of Faculdade de Ciências da Saúde do IPA (University of Sciences of Health) during the year of 1987.

The purpose of this questionary was to know: 1) how nurses, psychologists, physicians, social workers, nurses assistants, office clerks, etc., were able to perceive Occupational Therapy, what they knew about this profession and; 2) the number of person direct or indirectly related to this subject that had obready heard something about it.

The analysis of the results, together with observations of my professional practice constitute the basis of this essay bater on, it will be tried to ask the academical community some questions about how Occupational Therapy is perceived in our society.

Keywords: OCCUPATIONAL THERAPY/tendencies
OCCUPATIONAL THERAPY/history

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNNER, Pe. A. 1940. *Os problemas básicos da filosofia*. São Paulo, Companhia Editora Nacional.

EIZIRICK, M. F. 1984. *Distorções perceptuais em situações educacionais: teoria e exemplos*. Porto Alegre, Rev. Educação e Realidade, 9(3).

- GOFFMAN, E. 1982. *Estigma*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- HOPKINS, H. e SMITH, H. 1983. *Willard and Spackman's occupational therapy*. 6ª ed., J.B. Lippincott Company, Philadelphia, p. 27.
- HUSSERL, E. 1986. *A idéia da fenomenologia*. Lisboa, Edição 70.
- KIELHOFNER, G. e POSATERY BURKE, J. 1977. *A Terapia Ocupacional após 60 anos*. American Journal of Occupational Therapy, **31** (10).
- MEIRELES, C. *A arte de ser feliz*. Quadrante 1, Editora do Autor.
- PONTY, M. 1975. *Fenomenologia de la percepcion*. Barcelona, Ediciones Peninsula.

Modelo de ocupação humana: parte III

Ciclos benignos e malévolos

Transcrito de THE AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY
Tradução de Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

Os artigos anteriores desta série conceituaram a ocupação como um fenômeno de sistema aberto, que tem a mudança como tema central. Este artigo apresenta uma explicação das mudanças adaptativas e mal adaptativas no conceito dos ciclos benignos e malévolos. São usados casos hipotéticos para ilustrar como o modelo poderia ser aplicado a uma explicação de mudança no comportamento ocupacional. O artigo também delinea como o conceito de ciclos benignos e malévolos, conceituado no presente modelo, pode orientar a intervenção clínica.

Os dois primeiros artigos desta série apresentaram a estrutura, o conteúdo e a ontogênese do modelo de ocupação humana (1,2). O assunto deste terceiro artigo — ciclos benignos e malévolos — é um conceito crítico para se compreender o processo de adaptação humana. O artigo começa também com um delineamento da relação entre ocupação humana e adaptação à vida geral.

A natureza dos ciclos nos sistemas abertos

O modelo de ocupação humana conceitua o ser humano como um sistema

aberto (KIELHOFNER e BURKE, 1980). De acordo com o modelo, o processo básico que forma a base da mudança é um *ciclo*. O ciclo é uma série de processos componentes que ocorrem quando o sistema interage com seu ambiente. Esses processos são: *output*, *feedback*, *input*, e *throughput* (BRUNER, 1973). O *output* consiste de ambas as informações, isto é, uma expectativa ou intenção e ação. *Feedback* é a informação que comunica ao sistema o processo e as conseqüências de seu *output* (BRUNER, 1973). (Por exemplo, propriocepção é a informação a respeito dos movimentos presentes de uma pessoa, e uma letra classificatória¹ é a infor-

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.

¹ NT — Nos EUA, a classificação escolar é feita por letras ao invés da classificação numérica que temos (0 a 10).

mação sobre o desempenho escolar de uma pessoa). Essas formas de *feedback* servem para orientar a ação contínua e para modificar a composição interna do sistema. *Input* é a informação que entra no sistema devido a alguma ação no ambiente. (O *tatibitate* dos pais e uma conferência são exemplos de *input*). Como o *feedback*, o *input* pode mudar o sistema. É uma propriedade básica do sistema aberto mudar e reorganizar-se com base nas informações entrantes (VON BERTALANFFY, 1962). Isto permite que o sistema se adapte às condições no ambiente. O *throughput* refere-se ao processamento da informação entrante. Neste processo dinâmico, o sistema não somente organiza suas estruturas existentes de desempenho, mas se reorganiza em relação às demandas do ambiente para novo *output* (VON BERTALANFFY, 1962). Assim, o *throughput* reorganiza a composição interna do sistema (sua estrutura) e, em assim fazendo, torna possível mudanças no futuro *output* do sistema (função). Desta maneira, o ciclo *input, throughput, output e feedback* une a organização e reorganização contínua do sistema às demandas do ambiente externo. O ciclo refere-se ao processo pelo qual a informação entra, muda o sistema, resulta em novo *output* e traz novas informações ao sistema através do *feedback*. Assim como o átomo é um bloco básico de construção dos sistemas físicos, o ciclo do sistema aberto é um bloco básico de construção da organização dos sistemas vivos. Uma vez que é a própria ação ou *output* do sistema que gera novas informações para a mudança, diz-se que o sistema aberto é autotransformador (VON BERTALANFFY, 1962).

A autotransformação de um sistema aberto sempre é direcional, isto é, o sistema muda ao longo de alguma linha contínua de características. A mudança adaptativa é hierárquica: o sistema muda na direção da complexidade e da diferenciação aumentadas, possibilitando uma ação mais flexível no interagir com o ambiente (WEISS, 1971). A mudança direcional de um sistema foi chamada por Smith de "trajetória" (SMITH, 1974). Essa trajetória de mudança é influenciada por dois fatores críticos — as características internas do sistema que influenciam seu *output* e a interação com o ambiente do sistema. As

características inatas e as aprendidas através de experiências juntam-se com as condições ambientais para exercer suas influências relativas quando o sistema interage com o ambiente.

A característica inata do sistema que energiza a ocupação humana é o impulso em direção à exploração e ao domínio do ambiente (KIELHOFNER e BURKE, 1980). As características aprendidas são as preferências e habilidades que resultam da experiência. Estas têm um efeito orientador sobre a trajetória à medida que o sistema interage com seu ambiente numa base contínua. O seguinte exemplo de uma experiência ocupacional precoce na brincadeira de uma criança hipotética deve ilustrar esse processo:

Em semanas recentes, Johnny tem brincado na marcenaria de seu pai enquanto seu pai trabalha lá. Ele explorou as ferramentas e materiais e obteve um senso de suas propriedades e propósitos. Seu pai encoraja seus esforços exploratórios, demonstra algumas técnicas e serve como um modelo de papel. A experiência agradável de Johnny com trabalhos em madeira gerou um interesse na ocupação. Ele decide, com a ajuda de seu pai, comprometer-se com o projeto engenhoso de construir uma gaiola.

À medida que Johnny começa a construir a gaiola, com a assistência de seu pai, ele gera *feedback*. Neste caso, o *feedback* é a informação de seu sucesso com o projeto e a satisfação que vem com a realização de uma meta. O sucesso de Johnny, naturalmente, é possível pelas brincadeiras exploratórias anteriores que o familiarizaram com muitas das ferramentas e processos envolvidos nesse ofício. Sua prática alegre anterior permitiu-lhe ganhar habilidade e proficiência no uso das ferramentas e no trabalho com os materiais. Agora, as habilidades apreendidas anteriormente são reorganizadas sob uma tarefa mais complexa de construir um produto.

Este exemplo é característico de experiências sem conta que constituem a ocupação na infância. O efeito cumulativo delas resulta usualmente num adulto habilidoso e autoconfiante que pode entrar no mundo do trabalho.

O modelo de ocupação humana apresenta um meio de conceituar este proces-

so em termos de sistemas. A maior porção do modelo consiste do ciclo já descrito. Além disso, o modelo especifica os componentes internos do sistema aberto (KIELHOFNER e BURKE, 1980). Estes incluem três subsistemas: vontade, hábito e desempenho. A estrutura do subsistema da vontade consiste de valores, causação pessoal e interesses. A função deste subsistema é ordenar o *output* do sistema. O subsistema da vontade consiste de papéis e hábitos interiorizados. Ele funciona para manter o *output* do sistema dentro de padrões e rotinas. O subsistema de desempenho consiste de habilidades e sua função é produzir *output*. Estes são os subsistemas que permitem o *output* e que são mudados durante o processo de *throughput* quando as informações entram no sistema via *input* e *feedback*.

Usando-se o modelo de ocupação descrito na figura 1, o exemplo da brincadeira de Johnny pode ser examinado. O subsistema da vontade contém a tendência básica do organismo de explorar e dominar o ambiente. Ele funciona para ordenar a ação exploratória. Este subsistema inicia os ciclos representados na brincadeira de Johnny. O *output*, a exploração precoce, resulta no desenvolvimento de um interesse que, por sua vez, influencia *output* adicionais. Ao mesmo tempo, a ação exploratória produz *feedback* (informação) que é processada no *throughput* a fim de reorganizar o sistema. Essa reorganização inclui o desenvolvimento de interesse por trabalhos em madeira, um fortalecimento da causação pessoal (crença na eficiência da ação) e o desenvolvimento de habilidades no trabalhar a madeira. Este processo prepara o sistema para o próximo ciclo de ação, que envolve mais ações construtivas complexas. As mudanças no sistema, que acontecem como resultado de ações exploratórias anteriores, tornam possível o sucesso na construção da gaiola. A atividade de construção servirá também para reorganizar o sistema em direção a interesses, habilidades e autoconfiança aumentados, o que resulta em um investimento contínuo em hábitos úteis na ocupação com trabalhos de madeira.

O ciclo de interação do sistema com o ambiente impulsiona, assim, o sistema

numa trajetória de mudança. Nenhum ciclo ou trajetória é tão simples ou tão isolado como o exemplo hipotético que acabamos de rever. Muitas ocupações estão engajadas simultaneamente com graus variados de sucesso. A ocupação sempre envolve uma mistura de risco, fracasso e sucesso. O que é importante é o equilíbrio entre o sucesso e o fracasso. A direção na qual a balança se inclina é a direção da trajetória. O equilíbrio entre o sucesso e o fracasso é o resultado direto da luta entre as capacidades do sistema e as exigências do ambiente.

Mudar o sistema requer não somente alterar o sistema, mas também alterar o equilíbrio entre ele e seu ambiente. Dois conceitos importantes para executar qualquer processo de mudança são: primeiro, que nenhum sistema pode ser avaliado ou compreendido isoladamente de seu ambiente; e segundo, uma mudança ambiental é a forma mais segura de efetuar mudanças organizadas permanentes em um sistema aberto. O objeto de qualquer processo de mudança planejada é influenciar a trajetória do sistema. Os julgamentos exigidos para se efetuar a mudança podem ser encontrados no conceito de **ciclos benignos e malévolos**. Esses ciclos fornecem um meio de avaliar a qualidade e os resultados de uma dada trajetória e permitem uma análise de suas características para orientar o planejamento da mudança.

Ciclos benigno e malévolos

Os ciclos de interação entre o sistema e seu ambiente resultam numa trajetória de mudança que pode, ou amparar, ou ameaçar a adaptação do sistema (SMITH, 1974). Um ciclo benigno é aquele que resulta numa trajetória que ampara a adaptação. A adaptação requer que o sistema satisfaça seu próprio impulso interno de explorar e dominar, assim como as demandas do ambiente (WHITE, 1974). Um ciclo malévolo não faz nenhuma dessas coisas.

Smith descreve o ciclo benigno da seguinte forma:

"Se a pessoa chega a acreditar em sua própria eficiência — ter sentimentos generalizados de competência — ele

tem probabilidade de ver e de procurar oportunidades e tentar. Seu senso e eficiência adquirem confirmação de seus sucessos e ele tem a segurança de aprender com seus fracassos. Neste processo de engajamento ativo com o mundo, ele adquire o conhecimento e as habilidades que tornam mais prováveis os sucessos subsequentes" (SMITH, 1974, p. 12).

O ciclo malévolos tem características opostas:

"De modo oposto, a pessoa que inicia com uma crença em sua própria incompetência, vê ameaças em vez de oportunidades, detém-se e não tenta, omite-se em adquirir as habilidades exigidas para o sucesso, tem portanto probabilidade de falhar quando se aventurar a tentar e produz confirmação para sua crença negativa" (SMITH, 1974, p. 13).

Conforme estas duas passagens demonstram, os ciclos benigno e malévolos envolvem crenças internas e objetivos externos de sucesso e malogros. As convicções internas que levam ao sucesso e ao malogro no engajamento com o ambiente são somente metade do processo adaptativo. O segundo e igualmente importante componente da adaptação é o prazer ou o desprazer interno associado com o sucesso e a derrota. Assim, qualquer visão de adaptação inclui encontrar exigências ambientais e produzir satisfação pessoal. Assim, um ciclo benigno beneficia tanto ao sistema como ao ambiente. Se o sistema ou o ambiente não estão satisfeitos, o sistema está num ciclo malévolos. A seção seguinte dará exemplos de ambos os tipos de ciclos e demonstrará como o modelo pode servir para explicá-los.

O ciclo benigno

Presumindo-se que o equilíbrio de interações entre Johnny e seu ambiente tenha sido positivo, ele progredirá através do desenvolvimento ocupacional num ciclo benigno. A descrição seguinte é a do ciclo benigno neste caso hipotético quando ele entra na idade adulta.

O interesse inicial de John pelos trabalhos em madeira desenvolveu-se, na adolescência, num compromisso de escolha ocupacional. John continuou com seu passatempo de trabalhos em madeira por toda sua segunda infância, tornando-se proficiente nas técnicas do ofício e aumentando sua habilidade de fabricar produtos finos de marcenaria.

Enquanto John era um estudante acima da média na escola, ele era proeminente nas aulas de trabalhos manuais do ginásio. O instrutor, que era um fabricante profissional de armários, tornou-se um importante modelo de papel para John. Isso permitiu que John viesse a valorizar as habilidades da marcenaria de forma que ele começou a considerar seriamente a confecção de armários como um negócio quando ele terminou a escola. O instrutor arranhou para que John se tornasse um aprendiz de meio-período com um fabricante de armários local durante as férias em seu primeiro ano no ginásio. Essa experiência solidificou sua escolha. Quando terminou o ginásio, John tornou-se um aprendiz de tempo integral. Dentro de um ano ele estava tendo uma renda e mudou-se da casa de seus pais para um apartamento. Depois de dois anos de trabalho bem-sucedido como construtor de armários, John era um jovem trabalhador satisfeito com sonhos de um dia retornar à escola e diplomar-se em arquitetura e expandir seus talentos. Além disso, John tem uma relação séria com uma namorada e eles pretendem se casar no futuro próximo.

O papel ocupacional de John, agora, inclui novas formas de recreação. Uma vez que seu passatempo da infância tornou-se um negócio, ele desenvolveu novos interesses de lazer. John envolveu-se em corridas de motocicletas e freqüentemente passa as noites e fins de semana dirigindo sua motocicleta pelas estradas. Ele é um ávido participante de outros esportes e vai a encontros sociais e diversões públicas com sua namorada. No todo, a vida ocupacional de John é equilibrada e dá-lhe satisfação.

A experiência de John no ciclo benigno pode ser conceituada no modelo de ocupação. Essa conceituação é mostrada na figura 2. No ciclo benigno de John, o *output* ou a ação do sistema preenche consis-

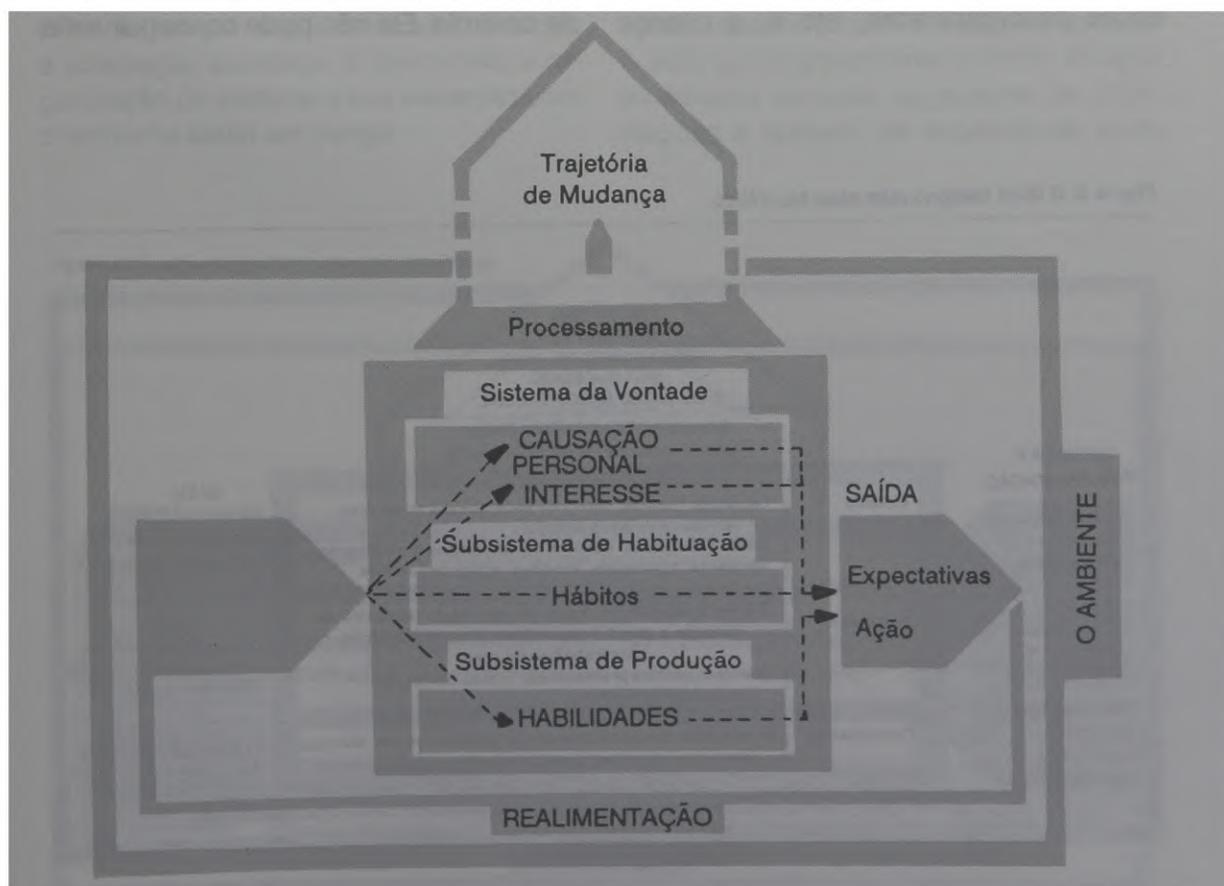
temente as demandas apresentadas pelo ambiente físico e social. John completou, com sucesso, o papel de estudante e satisfaz as expectativas sociais (*input*) para entrar num papel de trabalhador. Ao mesmo tempo, ele é capaz de preencher os interesses e valores que desenvolveu. Esses dois fatores assinalam uma adaptação positiva. Seu interesse na marcenaria sustentou seu *output* ou ação, de modo que a prática contínua e o *feedback* desenvolveram hábitos de artesão e habilidades de um marceneiro competente. Essas habilidades e hábitos foram mais tarde consolidados num papel interiorizado quando John escolheu a marcenaria como vocação. Dessa forma, cada um dos três subsistemas – vontade, hábito e desempenho – interagiram para convergir nessa escolha ocupacional.

Uma vez que John desempenhava consistentemente bem uma área que ele valorizava, seu *feedback* era consistentemente positivo (figura 1). Isso, por sua vez, aumentava seu senso de causação pes-

soal, de forma que ele pôde entrar no papel de trabalhador com confiança e pôde mesmo considerar uma educação adicional a fim de seguir seus interesses e vocação num nível mais alto. Essas são as dimensões internas importantes de um ciclo benigno. Os pré-requisitos necessários para este estado são o equilíbrio entre interesses, valores e causação pessoal que aprovam o comportamento e os hábitos, comportamentos e habilidades do papel que tornam possível o preenchimento das escolhas ordenadas num nível mais alto. Quando esses pré-requisitos são satisfeitos, o sistema interno está em boa ordem.

A outra porção importante de um ciclo benigno, o preenchimento de demandas ambientais externas, está também evidenciada no caso de John. As exigências sociais para entrar num papel produtivo foram também satisfeitas. John completou também com sucesso o ginásio, uma outra realização socialmente valorizada. Uma vez que tanto a satisfação interna como as demandas externas estão satisfeitas, o sis-

Figura 1: Um ciclo no sistema aberto.



tema está se adaptando e assim está num ciclo benigno. A evidência da continuação do ciclo benigno está nas metas, valorizadas por John, de assumir um papel futuro (casamento) e de expandir seu trabalho atual através da obtenção de um diploma em arquitetura.

Um componente importante deste ciclo benigno é a inter-relação dos subsistemas com o sistema. O subsistema da vontade contém as preferências e as aspirações do sistema e seus valores para Engajar-se na ocupação. O subsistema do hábito organiza o comportamento em grandes rotinas que refletem as escolhas feitas pelo subsistema da vontade. O subsistema de desempenho permite que o desempenho de ações habilidosas preencham essas escolhas. O equilíbrio entre esses subsistemas é necessário para preencher tanto a satisfação interna como as demandas externas.

O ciclo malévoloso

Os ciclos malévolos podem começar no nascimento, precipitados por alguma incapacitação. Esses ciclos podem também desenvolver-se lentamente como resultado de interações com o ambiente. Os ciclos malévolos podem começar com ações desorganizadas, isto é, a criança

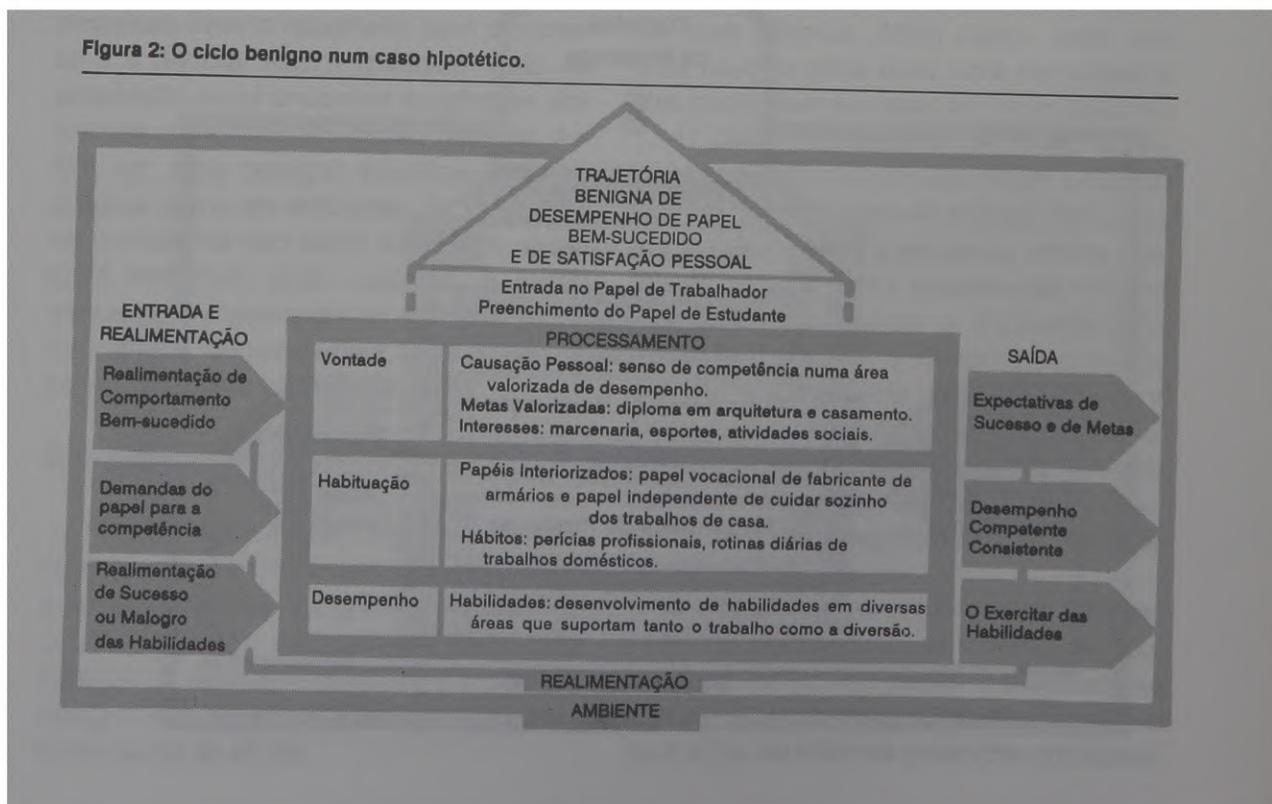
com dificuldades sensoriais motoras, que falham em satisfazer as demandas do ambiente físico. Podem ser precipitados por interação com o ambiente social que produzem demandas além da capacidade de adaptação do sistema. Podem também ser o resultado de demandas que são diminuídas em tal grau que o sistema não é mais desafiado para executar e o impulso ao domínio, do subsistema da vontade, não encontra expressão (por exemplo, a depressão de uma dona-de-casa que se segue à síndrome do *ninho vazio*). Os ciclos malévolos existem para que as exigências do sistema de preencher o impulso de explorar e dominar o mundo não possam ser satisfeitas e/ou quando as demandas do ambiente não são satisfeitas.

Um ciclo malévoloso pode ser ilustrado em termos do modelo voltando-se novamente para o caso hipotético:

Uma noite, quando John está engajado em sua recreação habitual de corridas de motocicletas, ele sofreu uma queda e fraturou e deslocou seriamente uma vértebra. O acidente deixou John quadriplégico.

Diversas semanas após o choque e recusas iniciais, John tornou-se muito deprimido. Ele vê todos os seus planos de vida destruídos. Sente-se desamparado e fora de controle. Ele não pode conseguir satis-

Figura 2: O ciclo benigno num caso hipotético.



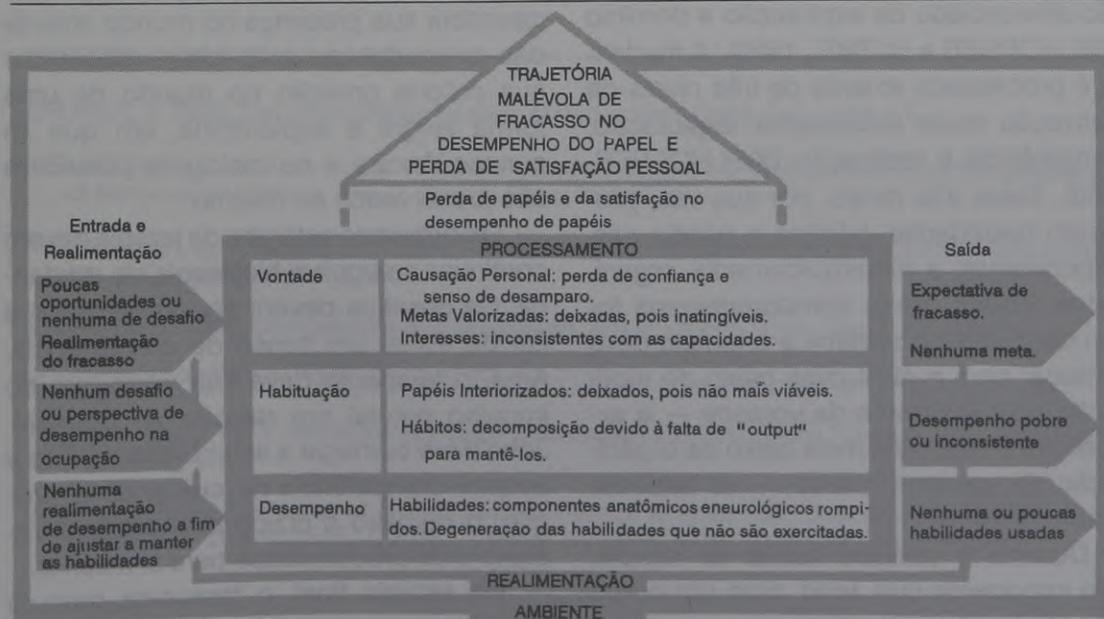
fação de seu trabalho ou interesses de lazer anteriores. Sua rotina diária é estranha e gira em torno da agenda hospitalar ao invés de refletir seus próprios papéis e hábitos (figura 2). John espera ser sempre um inválido e não vê razão para aprender a cuidar de si próprio. Ele teme que sua namorada não o ache mais um companheiro desejável. Em suma, John não encontra nada no futuro em que ele possa envidar seus esforços e nada que possa dar-lhe satisfação no presente.

Os eventos apresentados na tabela 2 podem ser vistos como uma desintegração total do sistema com uma clara trajetória em direção à má adaptação. O modelo descrito na figura 3 pode demonstrar como o ciclo malévolo está começando a acontecer. De forma importante, o modelo permitirá algum delineamento dos elementos desse ciclo malévolo e sugerirá algumas estratégias para revertê-lo. Dentro do sistema, o ferimento grave na coluna e a subsequente quadriplegia podem ser vistos como uma ruptura no subsistema de desempenho de John. As funções neurológicas e anatômicas subjacentes estão graves e permanentemente prejudicadas. Elas estão perigosamente fora de equilíbrio com os outros subsistemas e exigirão uma importante reorganização caso se queira que a adaptação aconteça. Entrementes, a organização do sistema e sua interação com o ambiente estão em perigo.

Uma vez que o subsistema de desempenho está drasticamente alterado, ele limita e rompe os subsistemas do hábito e da vontade. As rotinas habituais que recorriam a ações habilidosas na organização de padrões de comportamento não são mais efetivas. Os padrões temporais são impingidos externamente na rotina hospitalar e têm pouco ou nada a ver com o controle exercido pelo subsistema do hábito. As habilidades que eram necessárias para o desempenho do papel não podem mais ser apeladas. Assim, o desempenho do papel se desintegra. Um novo papel de paciente e incapacitado emerge quando as velhas expectativas são vividas. Assim, cessa praticamente o *input* ao sistema em forma de demandas de desempenho.

Uma vez que os dois subsistemas associados com o desempenho e manutenção do *output* estão rompidos, o *output* do sistema é interrompido ou torna-se mínimo. Como consequência, o *feedback* é drasticamente alterado. O *feedback* positivo de desempenho bem-sucedido é substituído pelo *feedback* de malogro. As competências que permitiam um grande senso de causação pessoal estão agora quase totalmente perdidas. O *output* do sistema — os padrões diários de John, de trabalho e diversão, que forneciam o *feedback* positivo — está agora gravemente limitado. O *input* ao sistema consiste largamente de informações a respeito de expectativas som-

Figura 3: O ciclo malévolo num caso hipotético.



brias de recuperação e das limitações e problemas que John deve enfrentar. Além disso, já que as expectativas de desempenho foram removidas, John não tem nenhuma demanda ambiental que possa desafiar sua reação e permitir que ele satisfaça seu impulso ao domínio. Assim, cada ciclo de interação do sistema com o ambiente tem probabilidade de resultar em um progresso maior ao longo de uma trajetória negativa em direção à má adaptação.

Implicações do ciclo malévolu na mudança e na terapia

Quaisquer mudanças no sistema devem começar com o subsistema da vontade (KIELHOFNER, 1980). Este sistema, que ordena o *output*, é crítico para iniciar ciclos que podem resultar na restauração de uma trajetória positiva. As condições ambientais têm, também, importância crítica. As implicações na Terapia Ocupacional, neste ponto, são duplas. A primeira é que a terapia deve servir como um ambiente que pode começar a apresentar demandas de desempenho e eliciar a aprovação de reações que podem resultar em *feedback* positivo. A clínica de Terapia Ocupacional é uma fonte importante de *inputs* para o sistema e um ambiente crítico no qual os ciclos benignos podem desenvolver-se.

A segunda implicação na terapia é que é crítico reconhecer como o subsistema da vontade pode começar a funcionar. Notou-se num artigo anterior que o sistema da vontade começa com um impulso global não-diferenciado de exploração e domínio (KIELHOFNER e BURKE, 1980). A mudança é processada através de três níveis de motivação neste subsistema: exploração, competência e realização (KIELHOFNER, 1980). Estes três níveis, por sua vez, produzem habilidades, hábitos e papéis correspondentes e hierarquicamente organizados. Todos esses comportamentos foram rompidos no sistema e a terapia deve começar com o nível mais baixo de motivação no subsistema da vontade — a exploração — e o nível mais baixo de organização de comportamento — as habilidades.

Durante o período inicial da terapia, será importante que John, com um corpo

drasticamente alterado, comece a explorar sua própria ação no mundo. Aqui, as artes, habilidades, jogos e outras atividades da clínica que forneçam poucas demandas de desempenho e o máximo de estimulação da curiosidade e da exploração são críticos. John precisa literalmente redescobrir como estar no mundo como um ser físico. Uma vez que a ação é o meio principal de prover essas informações ao sistema através do *feedback*, é crítico que seja permitido a John explorar, tanto quanto possível, inúmeras atividades na clínica. O ambiente deve ser apresentado a ele como aquele no qual ele pode explorar ações e atividades e reaprender os efeitos que ele pode agora ter sobre o mundo. Este estágio da terapia começará, de forma importante, a produzir novas habilidades à medida que John aprende a usar seus movimentos remanescentes a fim de realizar tarefas. Como resultado de sua exploração, ele deve começar a gerar novos interesses mais condizente com suas capacidades físicas remanescentes.

Um resultado final importante deve ser a restauração do começo de um senso de causação pessoal baseado na exploração e na descoberta daquilo que ainda é possível fazer. Este estágio da terapia é crucial para reverter o ciclo malévolu. A avaliação contínua deve monitorar quaisquer mudanças no sistema, especialmente no subsistema da vontade. O terapeuta deve ser cuidadoso para controlar o *milieu* da terapia de forma que a exploração e a curiosidade sejam encorajadas e cultivadas. De forma muito parecida com a criança que precisa descobrir sua presença no mundo através das brincadeiras, John deve reaprender sua própria posição no mundo de uma forma alegre e exploratória, em que as conseqüências e os malogros potenciais são preservados ao mínimo.

Os próximos estágios da terapia devem continuar a seguir a hierarquia de mudança. Os desafios devem ser aumentados a fim de eliciar um senso de competência. Aqui, o terapeuta deve tirar vantagem do impulso natural em relação ao domínio. John deve começar a estabelecer rotinas e adquirir competência no cuidar de si próprio, o primeiro e crítico elemento de trabalho e de produtividade para si mesmo.

No estágio final, o terapeuta procura

reintegrar o subsistema da vontade com as habilidades e os hábitos do subsistema inferior. Embora as demandas ambientais de desempenho possam ser alteradas, elas ainda existem. O potencial de John para reentrar no papel de trabalhador deve ser avaliado. De novo, a avaliação começa com o subsistema da vontade e o foco deve ser a retenção de quaisquer metas valorizadas que existiam antes do acidente. Neste caso, os planos de John de retornar à escola e tornar-se um arquiteto são ainda consistentes com suas capacidades remanescentes. A exploração desta possibilidade deve ser empreendida como parte da Terapia Ocupacional. Se John for capaz de restabelecer uma conexão entre seus valores e as habilidades e hábitos gerados pela terapia, pode-se então esperar que haja a possibilidade de que um ciclo benigno aconteça, com um progresso no estágio de realização do subsistema da vontade. A meta desta trajetória seria restabelecer o papel ocupacional que incluía trabalho, diversão e o cuidar de si próprio, equilibrados entre si.

Esta discussão demonstra que as seqüências normais de desenvolvimento e organização devem ser puncionadas no processo terapêutico. A incapacitação representa uma ruptura total de um sistema com componentes biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A reorganização desse sistema é um processo complexo que requer atenção a diversos componentes dentro do sistema e à interação do sistema com o ambiente.

Sumário

Este artigo apresenta a terceira parte de um modelo de ocupação humana, de uma conceituação da mudança no sistema que permite que julgamentos sejam feitos a respeito do estado adaptativo de um paciente ou cliente. As mudanças adaptativas e mal adaptativas são vistas como um processo de ciclos benigno e malévolos. O ciclo representa o processo básico de interação entre o sistema e o ambiente que modela a mudança do sistema.

A adaptação foi definida como um processo que requer tanto a satisfação interna do sistema como a satisfação das demandas do ambiente. Os ciclos benignos permitem que ambas essas exigências sejam satisfeitas. Os ciclos malévolos falham em satisfazer uma ou ambas. Foi usado um caso hipotético para ilustrar os ciclos benigno e malévolos e para discutir as implicações no tratamento do ciclo malévolos. A Terapia Ocupacional é conceituada como um ambiente no qual o sistema humano age para restaurar, manter ou realizar um ciclo benigno. Identificar os componentes de um ciclo malévolos permite uma tomada da decisão clínica mais completa pois aponta os fatores no ciclo malévolos que bloqueiam o ciclo benigno.

Um quarto e último artigo nesta série discutirá mais as implicações do modelo de ocupação para a Terapia Ocupacional. Esse artigo fará uso de casos clínicos de prática de Terapia Ocupacional a fim de ilustrar a aplicação do modelo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNER, J. 1973. The organization of early skilled action. *Child. Dev.*, 44:1-11.

KIELHOFNER, G. 1980. A model of human occupation: parte 2. Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *Am. J. Occup. Ther.*, 34:657-63.

KIELHOFNER, G. e BURKE, J. P. 1980. Model of Human occupation: parte 1. Structure and content. *Am. J. Occup. Ther.*, 34: 572-81.

SMITH, M. B. 1974. Competence and adaptation. *Am. J. Occup. Ther.*, 28:11-15.

VON BERTALANFFY, L. 1962. *General Systems Theory*. New York, George Braziller.

WEISS, P. (Edit.) 1971. *Hierarchically Organized Systems in Theory and Practice*. New York, Hafner Publishing Co.

WHITE, R. 1974. Strategies of adaptation: an attempt at systematic description. In: COELHO, G.; HAMBURG, D. e ADAMS, J. (Edit.). *Coping and Adaptation*. New York, Basic Books.

Experiences en Ergothérapie

2ª Série, Coleção: Encontros em Reeducação — Nº 3
 Editora Masson, Paris — França, 1990, 295 p.

Trazendo reflexões e experiências nas mais diversas áreas de atuação, este livro reúne as tendências e debates atuais da Ergoterapia francesa, denominação sob a qual é conhecida a Terapia Ocupacional naquele país.

Os artigos foram organizados em seis partes:

- 1 — Reeducação funcional — que reúne textos referentes a trabalhos com pacientes acometidos pelo mal de Parkinson, hemiplegia, lombalgia e traumatismo craniano; a experiência com eletrônica e informática para tetraplégicos, entre outros.
- 2 — Readaptação — artigos sobre esportes e readaptação, reinserção familiar do idoso dependente, a recolocação profissional do incapacitado, etc.
- 3 — Aparelhagem — os artigos referem-se às órteses de estabilização de punho e às adaptações e aparelhos para mutilados da mão.
- 4 — Gerontopsiquiatria — onde são abordadas questões referentes à orientação e readaptação de idosos, especialmente dos hemiplégicos e daqueles com demências degenerativas corticais.
- 5 — Psiquiatria — traz artigos sobre musicoterapia no hospital-dia, futuro profissional do paciente psiquiátrico, etc.
- 6 — O Futuro da Terapia Ocupacional — cujos artigos discutem, entre outros aspectos, a evolução e ética da Ergoterapia e sua relação com a informática.

São predominantes os relatos voltados à problemática da reabilitação física. Porém, seu último artigo — "Por uma teoria dos atos" — nos demonstra que, assim como no Brasil, a Terapia Ocupacional na França se mobiliza em torno da reflexão sobre a prática cotidiana, a atividade terapêutica e seu domínio de intervenção, tendo em vista a construção de um novo modelo teórico que norteie sua prática profissional na equipe de saúde.

Este é um livro fundamental para todos aqueles que desejam se atualizar nos debates que ocorrem em nível internacional sobre temas tão pertinentes à Terapia Ocupacional.

"Experiências em Ergoterapia" foi o tema do 2º Encontro Nacional organizado pelos alunos da escola de Ergoterapia e da escola de monitores de Ergoterapia de Montpellier, em novembro de 1989.

O endereço da Editora Masson é:
 120, bd Saint Germain,
 75280 — Paris — France
 Cedex 06.

Marysia Mara Rodrigues do Prado

Ouvindo uma criança

T. Berry Brazelton

Tradução:

Wilson Roberto Vaccari

São Paulo, Martins Fontes, 1990

Um livro, que o terapeuta ocupacional poderá usar como base para tentar responder perguntas simples como: medo, sono, prazer, convulsão, enurese noturna, e outras.

Com linguajar claro e sucinto, ele nos

dá dicas muito simples que, às vezes, não nos tínhamos dado conta e que serão de grande valia para todos que trabalham com crianças.

Inicia o livro como sempre, em seus trabalhos, mostrando-nos a importância das ligações de amor com o bebê, passando, mais tarde, a ser mais fácil para os pais lerem as dicas das crianças e não deixando que problemas emocionais tornem-se crônicos.

O último lançamento no Brasil pela Editora Martins Fontes, das obras do Dr. T.

Berry Brazelton, é o livro *Ouvindo uma criança*.

O Dr. Berry Brazelton é professor da Harvard Medical School e chefe da Unidade de Desenvolvimento da Criança, no Centro Médico do Hospital de Boston.

Dr. Brazelton, com sua larga experiência no campo da Neonatologia, através de sua escola (The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale) e incluindo, também, estudos do Comportamento Infantil em culturas diferentes, e de relacionamen-

to Pais-Bebês, traz-nos, agora, este livro precioso para os interessados em Comportamento Infantil.

Uma leitura importante, ao nos mostrar a possibilidade de que uma ansiedade de um adulto pode transformar-se em um stress para a criança e, tornando-se, então, um problema psicossomático que poderá tornar-se crônico.

Como ressalva, diria: — "PENA QUE SEJA TÃO CURTO..."

Elisabete Arbaitman

Psicologia Atual e Desenvolvimento da Criança

Pierre Vayer e Charles Roncin

Tradução:

Maria José Perillo Issac, Bertha

Halpen Gurovitz

São Paulo, Manole Dois, 1990

Esta recente obra de Vayer e Roncin pode se constituir numa verdadeira surpresa para a maioria de seus leitores. Seu título nos induz a crer que estaremos diante de um estudo no qual se fará a história da psicologia inter-relacionada com o processo do desenvolvimento da criança.

Contudo, a longa experiência de pesquisadores, de autores e de professores fizeram com que este livro se tornasse uma referência às pessoas envolvidas nas questões educativas.

Através deste trabalho, os autores fornecem dados que permitem a compreensão atual do desenvolvimento da criança e dos fenômenos que estão ligados a ele. Em outras palavras, Vayer e Roncin partem do pressuposto de que a criança constrói sua pessoa através das trocas que assegura e assume com seu ambiente, que pode definir-se como sendo a realidade material, dentro da qual ela vive sua experiência. Nesta linha, tende-se a considerar a vida psíquica como uma estrutura dinâmica e hierarquizada. E isto implica integrar a neurobiologia e a sociologia no objeto mesmo da psicologia.

Desta forma, a obra está organizada em três partes:

- o desenvolvimento da pessoa;
- o desenvolvimento social da criança;
- a psicologia do conhecimento.

A primeira parte do livro é dedicada aos fatos que se relacionam ao desenvolvimento geral da criança segundo as grandes escolas de S. Freud, H. Wallon, J. Piaget e A. Gesell. Os autores analisam os fenômenos significativos, no que diz respeito ao desenvolvimento da criança.

Na segunda parte, encontram-se dados relativos à criança dos 2 aos 5 anos. Discutem questões relativas à estruturação social da família e sobre as relações entre as crianças.

Mas é na parte destinada à exposição, análise e interpretação dos dados pertencentes à idade escolar que se manifesta a riqueza do livro, precisamente porque revela singularidades que questionam o que predomina ainda hoje em termos educacionais.

Como toda obra destinada a um público amplo, esta não se encontra isenta de críticas. Particularmente, na tarefa nem sempre fácil para os autores de expressarem numa linguagem compreensível as idéias oriundas de observação das interações e inter-relações humanas. Este aspecto, no entanto, não se presta a diminuir a qualidade do trabalho. Sem qualquer dúvida, a obra de Vayer e Roncin vem contribuir para o enriquecimento da bibliografia, quer sobre a criança, quer sobre educação.

Maria do Carmo Castiglioni

3er. CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y 2dc SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Promoção: Asosiación Marplatense de Terapistas Ocupacionales

Data: 12 a 14 de Setembro de 1991

Local: Mar Del Plata – Argentina

Informes e Inscrições: Garay 6481 – 1º "B"

T.E. (023) 79-1820

C.P. 7600 Mar Del Plata

Recepção: Pasáje San Bernardo Velez 1713 – 8º "A"

T.E. (01) 7869759

Buenos Aires

Valor de Inscrição

	Até 31-5-91	Após 31-5-91
Estrangeiros	US\$ 100	US\$ 150
Não-Associados	60	90
Associados	40	60
Estudantes	25	35

"La Terapia Ocupacional hoy:
Espacios e Ideologías"

REGLAMENTO PARA LA PRESENTATION DE TRABAJOS

1 - Los interesados en presentar trabajos de su autoría en el Congreso deberán presentarlo junto con la solicitud de inscripción.

2 - La presentación de los trabajos incluirá la siguiente información:

Título del trabajo
Objetivos
Material
Métodos
Conclusiones y Bibliografía

El nombre de los autores y el lugar de realización deberán ser consignados en hoja aparte para una justa valoración del trabajo por parte del Comité Científico.

3 - Los trabajos remitidos deben ser originales y no haber sido presentados en otros Congresos de la profesión. Deberán ser presentados en hoja tamaño oficio a doble espacio, original y dos (2) copias. Junto con los trabajos se presentará un resumen del mismo escrito a máquina,

resaltando el título y autores, escrito en una sola carilla a doble espacio.

4 - Los trabajos deberán remitirse a la Secretaría del Congreso, hasta el 31 de Mayo de 1991. Los mismos serán valorados por un Comité Científico, para considerar su exposición en el Congreso. El Comité Científico informará a los autores de los trabajos que sean rechazados por carta, siendo dicho dictamen inapelable.

5 - La exposición del trabajo no deberá exceder los veinte (20') minutos. El autor deberá informar sobre sus necesidades de exposición y exhibición de su trabajo.

TEMÁRIO GENERAL

- Modalidades de tratamiento en Terapia Ocupacional: experiencias en el área de salud, educación, laboral, social, u otras.
- Prevención primaria.
- Formación profesional.
- Federación y asociaciones.
- Conceptualización acerca de los medios terapéuticos y de las técnicas.
- Conceptualización de las incumbencias profesionales.

II CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Tema central:

"A Dimensões Político – Social de
Terapia Ocupacional"

Local: Fortaleza

Período: 6 a 11 de outubro de 1991

Organizadores: Associação Cearense de
Terapeutas Ocupacionais

Apoio: Associação Brasileira de Terapeu-
tas Ocupacionais, Conselho Re-
gional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional – 6ª Região e Sin-
dicato de Fisioterapia e Terapia

Ocupacional do Estado do Ceará.

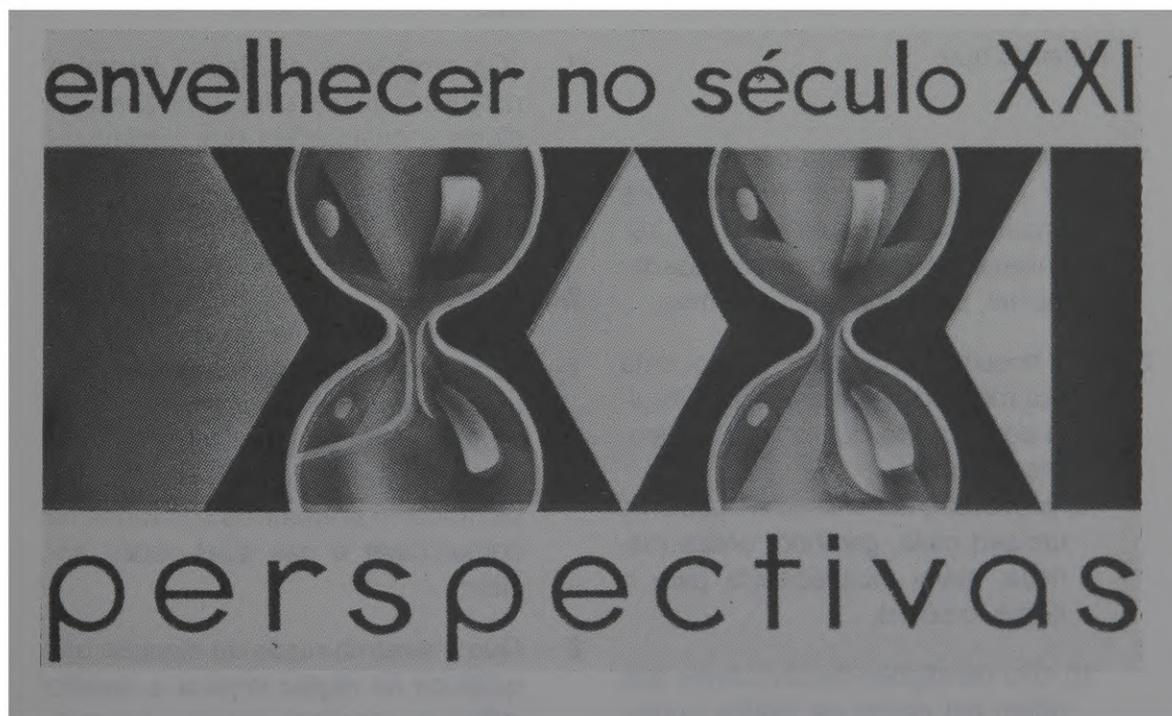
Os organizadores do evento solicitam a co-
laboração dos colegas, para a sua divul-
gação e sugestões de temas para inclusão
na programação científica, as quais deve-
rão ser enviadas o mais breve possível.

Informações: Dr. Evaldo Cavalcante Mon-
teiro
Presidente do II Congresso
Brasileiro de Terapia Ocu-
pacional.
Av. Santos Dumont, 1075 –
s/20/21
Fone 085/221-2658
CEP 60150
Fortaleza/CE

IX CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

VIII CONGRESSO LATINOAMERICANO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

I CONGRESSO DO COMLAT DA AIG e III Jornada Paulista de Geriatria e Gerontologia



9 a 14 de Novembro de 1991 – Maksoud Plaza – São Paulo – Brasil

Secretaria Executiva do Congresso:

MEETING: Rua Cel. Joaquim Ferreira Lobo, 357 – Tels: (011) 814-7566/8065

CEP 04544 – São Paulo – SP – Brasil – Fax: (011) 834-6916.

Comunicação

A Organização Panamericana da Saúde – OPAS e a Organização Mundial da Saúde – OMS promoveram, no período compreendido entre 11 a 13 de novembro de 1990, a "A Conferência de 1ª Atencíon Psiquiátrica en la Région Caracas", cujo documento defende uma série de princípios e encaminhamentos que entendemos relevantes sua reprodução integral no âmbito desta Revista.

DECLARAÇÃO DE CARACAS

As organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas locais de Saúde.

Notando que:

- 1 – A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
- 2 – O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos mencionados por:
 - a) provocar o isolamento do paciente em seu meio, gerando, dessa maneira, maior incapacidade para o convívio social,
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente,
 - c) absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental,
 - d) fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades

de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e de outros setores.

Considerando que:

- 1 – A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana da Saúde, referendadas pelos Estados-membros para a consecução da meta Saúde para todos no ano 2000;
- 2 – Sistemas Locais de Saúde – SILOS foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventiva;
- 3 – Os programas de Saúde Mental e psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias a modelos de organização de atenção à saúde.

Declaração:

- 1 – Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde e dos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
- 2 – Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviço;
- 3 – Que os recursos, cuidado e tratamento devem:
 - a) salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

- b) estar baseado em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - c) propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;
- 4 – Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que:
- a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;
- 5 – Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação.
- 6 – Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam (acordada) e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometem pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para o qual conclamam:

Os ministérios de Saúde e Justiça, os parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação, assegurando, assim, o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

Conferência
Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região
Caracas, Venezuela
11-14 de novembro de 1990
OPAS

Normas para publicação de artigos

A REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL é uma publicação do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, veículo de informação de estudos e pesquisas na área e ciências afins. Publica, ainda, trabalhos de revisão, debates, pontos de vista, resenhas de livros e entrevistas.

Os artigos e outros, enviados para publicação, serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial e Consultoria Científica, que decidirá sobre sua publicação, podendo ser, eventualmente, devolvidos aos autores para adaptação às normas de publicação desta Revista.

A REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP não aceita colaboração de textos editados em publicações congêneres. O conteúdo e opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores.

Instruções para apresentação dos originais

- a) Os originais dos trabalhos enviados deverão ser datilografados em papel branco, tamanho ofício, em duas vias, espaço dois, de um só lado da folha, com margens laterais de 3 cm; solicita-se, ainda, que os artigos não ultrapassem 15 laudas de 20 linhas, enquanto que o ponto de vista e debate permaneçam em torno a 10 laudas e as resenhas 4 laudas.
- b) Os artigos devem respeitar as características abaixo detalhadas, com:
 - **Identificação: nome do(s) autor(s)**, bem como **filiação científica** e respectivos **endereços** para correspondência. **ATENÇÃO: SOLICITAMOS QUE ESSAS INFORMAÇÕES SEJAM ENVIADAS EM FOLHA SEPARADA DO CORPO DO TRABALHO.**
 - **Cabeçalho**, compreendendo: **título** do trabalho, preferencialmente breve, específico, que deverá dar idéia precisa sobre o conteúdo do artigo.
 - **Texto**, que deverá, sempre que possível, obedecer à forma usual das publicações científicas, ou seja, contendo introdução, desenvolvimento com divisões segundo o esquema do trabalho, e conclusões.
 - **Resumo**, contendo, **no mínimo, 50 palavras e no máximo 100**, um em **português**, devendo preceder o texto, outro em **inglês**, colocado no final, antes das Referências Bibliográficas; a redação do Resumo deverá apresentar uma descrição geral, expondo o que foi discutido ou pesquisado e é recomendada a descrição do marco de referência do estudo (se foi realizado num ambulatório, centro de saúde ou em instituição privada ou pública, etc.) e, quando tratar-se de pesquisa clínica, conter o período de acompanhamento dos pacientes.
 - **Referências Bibliográficas**, cuja elaboração deve seguir as normas NB 66 da Associação Brasileira de Normas Técnicas—ABNT, não deixando de conter autor, título, local, editora, data da publicação, página; as citações devem ser **referidas no Texto** com sobrenome do autor em maiúsculas, ano da publicação e página.
 - **As Notas e Citações** dos trabalhos devem ser colocadas em rodapé e indicadas no Texto com asterisco, após a frase ou palavra à qual se referem.
 - **Agradecimentos** às pessoas ou instituições que tenham contribuído de maneira relevante para o trabalho devem ser mencionados antes das Referências Bibliográficas.
- c) Os artigos poderão conter fotografias (em papel brilhante), desenhos, gráficos e outros, devidamente legendados.
- d) A redação da Revista reserva-se o direito de adaptar o material de referência segundo as normas aqui descritas.
- e) Solicita-se o envio, em folha separada, de sugestões por escrito ou esboços de ilustrações para o artigo.
- f) O autor deve encaminhar uma carta explicando o tipo de trabalho (artigo, resenha, etc.) que submete à apreciação para publicação.
- g) Os artigos devem ser enviados em duplicata para o seguinte endereço:

CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA FMUSP
REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL
Av. Dr. Arnaldo, 455 2º andar – sala 2 – CEP 01246
São Paulo, SP – FONE 853-6011, ramal 330

