

Terapia Ocupacional

USP

DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

EDITORIAL

Novos desafios para a terapia ocupacional

Viviane Santalucia Maximino

ARTIGOS

Estimulação cognitiva na terceira idade

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari, Cristina M.R.A. Marques Alvarenga

Monografias dos alunos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo entre 1985 a 1992

Denise Dias Barros, Fátima Corrêa Oliver

Práticas pedagógicas em Terapia Ocupacional: capacitando o aluno para atuar junto a crianças com atraso no desenvolvimento

Luzia Lara Pfeifer

Deficiência e cotidiano: reflexões sobre a reabilitação

Marta Carvalho de Almeida

História de vida: uma técnica de aproximação da realidade

Maria Inês Britto Brunello

Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade

Elisabete Ferreira Mângia

PONTO DE VISTA

Terapia ocupacional: um território de fronteira?

Elizabeth Araújo Lima

NÃO TIRAR CÓPIAS

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CONSELHO EDITORIAL

- ♦ Profº. Drª. Eda T. de Oliveira Tassara (Instituto de Psicologia da USP)
- ♦ Profº. Drª. Maria Luiza Guillaumon Emmel (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)
- ♦ Prof. Dr. Ruy Laurenti (Faculdade de Saúde Pública da USP)
- ♦ Carmem Teresa Costa Souza (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais)
- ♦ Rosely Esquerdo Lopes (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)

CORPO EDITORIAL

- ♦ Profª. Drª. Maria Auxiliadora C. Ferrari (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Prof. Dr. Jacques Marcovitch

Vice-Reitor: Prof. Dr. Adolpho José Melfi

- ♦ Profº. Assistente Marta Carvalho de Almeida (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- ♦ Profº. Assistente Elisabete Ferreira Mângia (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

SECRETÁRIA: Eddy Marília Gozzani

EDIÇÃO DE ARTE, NORMALIZAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO: Fabíola Rizzo Sanchez / Kátia Cilene Pereira da Rocha / Suely Campos Cardoso (*Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*)

INDEXAÇÃO: Maria Aparecida de Lourdes Castro Santos (*Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*)

IMPRESSÃO GRÁFICA: Lemos Editorial e Gráficos Ltda. Rua Rui Barbosa, 70. Bela Vista. 01331-010 São Paulo, SP.

FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Dr. Marcello Marcondes Machado

FICHA CATALOGRÁFICA

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo / [publicação do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP].
— Vol. 1, (1990) — . — São Paulo, 1979.

v. : il.
Quadrimestral
Sumários em inglês e português
ISSN (documentos em tramitação)

1. Terapia Ocupacional/periódicos I. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP

A Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo é uma publicação quadrimestral do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É indexada no Index Medicus Latino Americano - IMLA.



CREDENCIAMENTO E APOIO FINANCEIRO DO:
PROGRAMA DE APOIO ÀS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS PERIÓDICAS DA USP
COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO



FUNDAÇÃO DE AMPARO À
PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CORRESPONDÊNCIA

CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Rua Cipotânea, 51 Cidade Universitária “Armando Salles de Oliveira”. 05360-000 São Paulo, SP Fax: 818 7415 / Tel.: 818 7454

SUMÁRIO

EDITORIAL

- Novos desafios para a terapia ocupacional
Viviane Santalucia Maximino

61

ARTIGOS

- Estimulação cognitiva na terceira idade
Maria Auxiliadora Cursino Ferrari, Cristina M.R.A. Marques Alvarenga 62
- Monografias dos alunos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo entre 1985 a 1992
Denise Dias Barros, Fátima Corrêa Oliver 67
- Práticas pedagógicas em Terapia Ocupacional: capacitando o aluno para atuar junto a crianças com atraso no desenvolvimento
Luzia Iara Pfeifer 75
- Deficiência e cotidiano: reflexões sobre a reabilitação
Marta Carvalho de Almeida 81
- História de vida: uma técnica de aproximação da realidade
Maria Inês Britto Brunello 87
- Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade
Elisabete Ferreira Mângia 91

PONTO DE VISTA

- Terapia ocupacional: um território de fronteira?
Elizabeth Araújo Lima 98

ÍNDICE DE AUTOR

ÍNDICE DE ASSUNTOS

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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



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

102

103

105

CONTENTS

EDITORIAL

- New challenges for occupational therapy 61
Viviane Santalucia Maximino

ARTICLES

- Third age cognitive stimulation 62
Maria Auxiliadora Cursino Ferrari, Cristina M.R.A. Marques Alvarenga
- The monographs of Occupational Therapy student's of Universidade de São Paulo between 1985-1992. 67
Denise Dias Barros, Fátima Corrêa Oliver
- Pedagogic practices in Occupational Therapy: qualifying student to act with children with delay development 75
Luzia Iara Pfeifer
- Handicap and ordinary life: reflexes and reflections about the rehabilitation 81
Marta Carvalho de Almeida
- History of life: a technique to approach reality 87
Maria Inês Britto Brunello
- Psychiatry and moral treatment: the work as illusion of freedom 91
Elisabete Ferreira Mângia

POINT OF VIEW

- Occupational Therapy: a border territory? 98
Elizabeth Araújo Lima

AUTHOR INDEX 102

KEY WORDS INDEX 104

ARTICLES STANDARDIZATION 105

EDITORIAL

NOVOS DESAFIOS PARA A TERAPIA OCUPACIONAL VIVIANE SANTALUCIA MAXIMINO*

MAXIMINO, V.S. Novos desafios para a terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 61, maio / dez., 1997.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, tendências.

As relações de trabalho contemporâneas têm nos deixado no mínimo confusos(as). Temos assistido à modificação do papel do Estado no que diz respeito à contratação e mesmo na definição de políticas em nossas áreas tradicionais de atuação. A prática liberal também não nos oferece grandes perspectivas devido ao empobrecimento geral da população e aos contratos não muito atraentes dos convênios de saúde.

Por outro lado, este mesmo mercado se amplia quando flexibiliza os perfis profissionais: a Terapia Ocupacional é em essência interdisciplinar. A ausência de contornos nítidos que definam cada profissão não me parece em princípio algo ruim pois pode possibilitar uma prática mais criativa e identificada com o profissional e sua realidade. O que complica as coisas é a disputa por postos de trabalho e espaços de atuação a partir de uma lógica que prescinde de critérios técnicos e éticos e instaura as regras do mercado regido por princípios neo-liberais. Neste, as regras excluem do jogo a grande maioria e a oferta de trabalho nem sempre está onde se encontra a necessidade.

Neste panorama temos nos perguntado: quais serão os

instrumentos necessários para enfrentarmos a demanda deste mercado que quer um profissional ágil e "multi" ao mesmo tempo em que compartmentaliza e terceiriza serviços "especializados"? Temos tido oportunidades de ampliar nossa formação neste sentido? Sabemos organizar nossos serviços e oferecê-los de maneira eficiente? O que é eficiência hoje em dia? Como responder às questões éticas que este modo de organização social nos impõe?

Envolvidos por estas perguntas (e tantas outras....) é que resolvemos reativar a Associação de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo, ATOESP. Nossa idéia é criar um espaço de encontro e discussão, de ajuda e produção.

Ainda acreditamos que devemos forjar soluções coletivas para estes dilemas vividos por cada um(a) de nós cotidianamente, porque sabemos que indivíduo e social se atravessam e se misturam e que não há um sem o outro. Nestes tempos em que cada vez menos conseguimos encontrar as pessoas, associar-se e produzir algo coletivamente são grandes desafios. Desafios vitais.

MAXIMINO, V.S. New challenges for occupational therapy. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 61, maio / dez., 1997.

KEYWORDS: Occupational therapy, trends.

* Presidente da Associação de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo, ATOESP.

Endereço para correspondência: Viviane Santalucia Maximino. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-160. São Paulo, SP. email: centroto@edu.usp.br

ARTIGOS

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NA TERCEIRA IDADE

MARIA AUXILIADORA CURSINO FERRARI*
CRISTINA M. R. A. MARQUES ALVARENGA**

FERRARI, M.A.C, ALVARENGA, C.M.R.A.M. Estimulação cognitiva na terceira idade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 62-6, maio / dez., 1997.

RESUMO: O objetivo desse estudo foi identificar na prática as causas mais comuns para as queixas de esquecimentos em indivíduos de 60 anos e ou mais, sem comprometimentos neurológicos. Participaram do estudo 40 indivíduos subdivididos em dois grupos, tendo como critério de inclusão nos grupos o nível de escolaridade. Foram realizadas 10 sessões em grupo, uma vez por semana, durante duas horas. O conteúdo das sessões foi adaptado do método utilizado por WILSON e MOFFAT¹⁰ no grupo de terapia da memória de East Dorset. Os resultados desse estudo mostram melhora significativa nos dois grupos em relação ao antes e ao depois do treinamento realizado, e entre as causas atribuídas para esta melhora estão, entre outras: o uso e a solicitação da memória, a melhora da atenção e ao conhecimento da memória. Os resultados evidenciam a eficácia da estimulação cognitiva na terceira idade, o que nos faz concluir que esses grupos de treinamento da memória sejam tão indicados quanto os de estimulação física e social ressaltando sua importância como instrumento terapêutico e preventivo nesse período da vida.

DESCRITORES: Geriatria, métodos. Transtornos da memória. Cognição.

INTRODUÇÃO

A área cognitiva é muito interessante, e seu estudo e conhecimento são de importância básica para qualquer profissional que trabalhe com indivíduos com danos cerebrais.

Na 3^a idade, segundo KARUZA⁶, embora exista um certo declínio da função cognitiva, declínios severos não devem ser considerados normais ou inevitáveis. A função cognitiva é marcada por diferenças individuais consideráveis e a perda da eficiência cognitiva pode ser freqüentemente compensada.

Uma das manifestações mais freqüentes desse declínio, são os problemas relacionados com a memória. “Um nome está na ponta língua mas não consigo lembrá-lo... estou vendo a pessoa e não me lembro de seu nome... esqueci os

óculos, as chaves, um recado que me deram por telefone... aniversários, compromissos...”

“A memória representa o conjunto das estruturas e dos processos cognitivos que permitem codificar, armazenar e recuperar diversos tipos de informação. Por exemplo, reconhecer o que é familiar, evocar acontecimentos passados, manter ativa uma informação para fins de utilização imediata” (LUSSIER et al.)⁷

Qualquer sistema de memória, seja ele biológico como o cérebro humano, ou um sistema eletrônico como um computador deve realizar essas três funções: permitir que a informação seja transmitida para o sistema; ser capaz de reter a informação e por último, ser capaz de acessar a informação quando necessária.

* Profº. Drº. Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

. ** Terapeuta Ocupacional.

Endereço para correspondência: Profº. Drº. Maria Auxiliadora Ferrari. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-160. São Paulo, SP. email: centroto@edu.usp.br

Quantos tipos de memória existem? Este é um aspecto muito controvertido, não só face às diferenças teóricas entre os diferentes pesquisadores mas também, pela ampla extensão de termos diferentes freqüentemente utilizados para indicar conceitos similares (BADDELEY)².

Segundo o mesmo autor, os vários sistemas sensoriais como a visão, a audição, o tato, são todos supostamente capazes de armazenar informações sensoriais, mas envolvem sempre mais que um sinal da memória sensorial.

ATKINSON, SHIFFRIN¹ e BADDELEY² descrevem um sistema de Armazenagem a Curto Prazo (ACP) e um sistema de Armazenagem a Longo Prazo (ALP). O primeiro seria responsável pela retenção temporária das informações, e o segundo pela preservação da informação durante qualquer intervalo de tempo. A ACP também pode ser conhecida como Memória a Curto Prazo (MCP), primária ou imediata e a ALP como Memória a Longo Prazo (MLP), secundária ou funcional (BADDELEY)².

Essa distinção entre a MCP e a MLP refere-se portanto, à natureza diferente das atividades que dependem de cada um desses sistemas. A MCP é conhecida como um sistema envolvido no tratamento e na manutenção de informações necessárias à execução das atividades cognitivas em curso. A MLP corresponde a um conjunto de componentes que permitem a aquisição e a recuperação de informações anteriormente aprendidas.

Nos últimos 20 anos ficou cada vez mais evidente que a memória não é um sistema isolado, afirma BADDELEY², e sim uma combinação complexa de subsistemas. A memória,

"não corresponde a uma função unitária, mas se apoia em um conjunto de unidades relativamente autônomas e cada unidade regrupa um conjunto de componentes que permitem a retenção especializada de informações" (BADDELEY)²

Este aspecto é importante porque como destacam PERETZ et al.⁸, quando há um dano cerebral, um componente pode ser afetado, deixando outros relativamente intactos. O indivíduo pode apresentar problemas de MCP na presença de uma MLC intacta e vice-versa.

Podemos também distinguir a *memória episódica*, a qual refere-se ao conjunto dos conhecimentos ligados a um determinado contexto espacial - temporal. Seu conteúdo é portanto variado e sua capacidade relativamente ilimitada. O lembrar requer tipicamente consciência do episódio específico da aprendizagem e não um acesso ao conhecimento geral. Por exemplo, lembrar-se de um incidente que aconteceu nas férias do ano passado.

A *memória semântica* é a que regrupa o conjunto dos conhecimentos conceituais adquiridos permitindo a compreensão do mundo circunjacente; por exemplo, lembrar o nome da capital do Brasil, identificar um animal de tromba longa pelo nome de elefante. Há um mecanismo de ativação

que permite o acesso aos conceitos ligados na memória ao objeto em questão (COLLIN e LOFTUS)³.

A *memória de procedimentos*, refere-se ao conjunto dos procedimentos necessários para a realização de habilidades motoras. Este sistema da memória está envolvido na aprendizagem das habilidades perceptivo-motoras e cognitivas e no condicionamento. Trata-se segundo VAN DER LINDEN⁹ de um sistema cujas operações se expressam essencialmente sob a forma de ações. Refere-se portanto aos processos automáticos, que requerem poucos recursos de atenção, não necessitam nenhuma intenção e sua ocorrência não interfere com outras atividades cognitivas.

No processo de envelhecimento, a memória pode ser afetada. Estudos e pesquisas vêm sendo realizados no sentido de caracterizar e determinar como as mudanças das funções cognitivas se relacionam com o avanço em anos, e diferentes interpretações têm sido propostas.

Contudo, o caráter discordante dos muitos estudos existentes, torna difícil a possibilidade de fazermos uma consideração adequada das dificuldades mnésicas ligadas à idade.

Entre as hipóteses que atribuem as dificuldades mnésicas ligadas à idade, à diferenças qualitativas nas operações de tratamento realizadas durante a codificação e a recuperação, a mais popular é a defendida por CRAIK⁴. Segundo ele, todo tratamento cognitivo é o reflexo de uma interação entre os processos que são conduzidos pelos estímulos externos e por aqueles que são provocados pelo próprio indivíduo, os quais dependem fortemente dos recursos de tratamento disponíveis. Para CRAIK⁴ os idosos apresentam uma diminuição de recursos da atenção, sendo esta fundamental para o processamento da informação durante a aprendizagem; se a atenção for dividida entre várias tarefas que realizo, a codificação pode ser prejudicada. Contudo, continua CRAIK⁴ este declínio da atenção pode ser reduzido minimizando-se a contribuição dos recursos e maximizando-se a contribuição dos estímulos externos.

CRAIK e JENNINGS⁵ chegaram à conclusão de que o desempenho mnésico da pessoa idosa, não pode ser realmente compreendido se não se levarem em conta as interações complexas entre as diversas variáveis relativas ao indivíduo, às condições de codificação, às condições de recuperação e ao material a ser memorizado.

Já outros pesquisadores estudaram como os diferentes sistemas da memória são ou não afetados pela idade, neste caso, se o envelhecimento os afeta da mesma maneira. Estudos nessa linha sugerem, por exemplo, que a memória episódica é mais sensível à idade do que a memória semântica.

Baseados em estudos e em teorias existentes onde orientações, técnicas e estratégias possíveis para melhorar os problemas de memória são sugeridos, vimos atendendo

a idosos cujas queixas mais freqüentes são: dificuldade para lembrar nomes de pessoas conhecidas, para reter informações transmitidas em conversas e ou em leituras de livros, revistas; dificuldade para se lembrar de coisas que precisam ser feitas em um futuro próximo, por exemplo: comparecer a um encontro, tomar remédios, transmitir recados; dificuldades relacionadas à localização espacial dos objetos, por exemplo, não se lembrar onde colocou chaves, óculos, guarda-chuva, dificuldades para encontrar palavras numa conversa; distrações, como: sair de casa sem trancar a porta, sem pegar a chave do carro, etc., são problemas que afetam o desempenho do idoso interferindo negativamente em seu cotidiano.

Este trabalho teve como objetivo identificar na prática, as causas mais comuns para as queixas de esquecimentos com pessoas em processo de envelhecimento e sem comprometimentos neurológicos.

MÉTODO

Sujeitos: participaram do estudo 40 indivíduos com 60 anos ou mais, divididos em dois grupos, e tendo como critério de inclusão nos grupos o nível de escolaridade. O grupo A composto de 20 indivíduos com nível superior, e o grupo B também com 20 indivíduos sem nível superior. Os participantes foram selecionados através de entrevista, avaliação inicial e aplicação do Mini-Exame do Estado Mental, MEEM.

PROCEDIMENTOS

Realizamos 10 sessões em grupo, uma vez por semana durante duas horas, com um intervalo de 10' para o café. O conteúdo das sessões foi adaptado do método utilizado por WILSON e MOFFAT¹⁰ no Grupo de Terapia da Memória de East Dorset, e foi o seguinte:

- *Como funciona minha memória.* Vários exercícios são realizados mostrando os diferentes tipos de memória, permitindo aos participantes testarem sua capacidade de julgarem adequadamente seu próprio desempenho nos diferentes tipos de memória;
- *Fazendo o melhor uso da minha memória.* Nesta sessão procura-se uma concentração no relacionamento entre o desempenho do humor e da memória. Há uma discussão em relação a aspectos como: ansiedade, depressão, perdas, etc. É também proporcionado treinamento em relaxamento e em formas de como enfrentar as tarefas da memória;
- *Facilitando a lembrança.* Discute-se aqui, os auxílios externos para a memória; lista de compras, anotações, agendas, calendários, mudanças ambientais, etc.;

- *Concentração.* São apresentadas e discutidas as várias maneiras em que a concentração pode ser prejudicada e como é possível mantê-la;
- *A prática melhora as coisas.* Como fazer uso da prática repetitiva;
- *Lembrando de fazer as coisas.* Nesta sessão são introduzidas maneiras de como ajudar a reduzir as possibilidades de se esquecer de fazer as coisas;
- *Lembrando as informações.* Isto torna-se possível através da lembrança de histórias, leituras de artigos, jornais, etc.;
- *Ouvindo com atenção e expressando uma idéia.* São testadas aqui as habilidades de audição e capacidade de expressão;
- *Lidando com outros problemas.* Nesta sessão são compartilhadas as muitas e variadas preocupações dos participantes, os diferentes problemas de esquecimentos, problemas emocionais, etc.;
- *Continuando a usar as técnicas de terapia de memória.* Aqui são procuradas maneiras de se ajudar os participantes a manterem e aumentarem a aplicação das estratégias aprendidas durante o treinamento.

Ao término do programa foi feita nova avaliação dos participantes dos dois grupos através de questionário.

RESULTADOS

Em relação aos problemas de esquecimentos anteriores ao treinamento e considerados após o mesmo, ou seja, ao funcionamento da memória antes e depois do treinamento, 90% do grupo com formação universitária e 100% do grupo sem esta formação respondeu que houve alguma melhora. Dos 90% do grupo com formação universitária, 60% considera que melhorou muito e 40% dos 90% considera que melhorou um pouco. Em relação ao grupo sem formação universitária, 80% respondeu que melhorou muito e 20% que melhorou um pouco.

Entre as causas atribuídas para esta melhora os resultados dos grupos variam. Para o grupo (A) com formação universitária foram estes os resultados, de acordo com o solicitado, isto é, considerando-se primeiro a causa de maior responsabilidade pela melhora. O uso e ou solicitação da memória foi atribuído como a causa principal; em segundo lugar a melhora da atenção, seguida em terceiro lugar, por não fazer várias coisas ao mesmo tempo e em quarto lugar ao conhecimento da memória.

O grupo (B) de formação não universitária apresentou os seguintes resultados: como causa principal, a melhora da atenção, em segundo lugar o não fazer várias coisas ao

mesmo tempo e os usos e ou solicitação da memória, e em terceiro lugar o conhecimento da memória.

Em relação ao uso de auxiliares da memória, duas pessoas do grupo de formação não universitária responderam que diminuíram seu uso. Indagados pela razão, as mesmas responderam que perceberam que faziam uso excessivo das mesmas, limitando muito o uso da memória.

DISCUSSÃO

Estes resultados evidenciam o alto significado da necessidade de estimulação mental na terceira idade. Essa é uma população que não percebe que o desuso, a falta ou a diminuição da atenção e outros fatores influem negativamente no desempenho do seu cotidiano.

Falamos em estimulação mental, estimulação cognitiva que pode ser desenvolvida de diversas formas: oficina de memória, terapia de grupo da memória, oficina de flexibilização mental e outros.

Há algumas diferenças entre as diversas modalidades, mas em todas elas sempre há possibilidades de usufruir os benefícios trazidos pela interação com problemas similares.

A troca de estratégias entre os participantes é uma constante. Também sempre há a possibilidade de se obter sucesso em alguma das diferentes atividades realizadas, o

que é muito importante para o participante, principalmente para aquele acostumado ao fracasso.

Para o terapeuta, como diz WILSON e MOFFAT¹⁰ é sempre um espaço de aprendizado, tanto pela observação das diferentes reações dos participantes às diversas atividades realizadas, como pela oportunidade de poder registrar a ocorrência de problemas específicos dos diferentes participantes com possibilidade de se adotar abordagens alternativas.

O fato das atividades serem realizadas em grupo proporcionou outros benefícios aos participantes como a socialização, a facilitação da expressão, o conhecimento de novas opções para desenvolvimento pessoal.

Tivemos sempre a preocupação, de selecionar atividades adequadas ao nível de habilidades dos participantes.

WILSON e MOFFAT¹⁰ recomendam algum grau de homogeneidade nos grupos. Por exemplo: pessoas que têm problemas graves de fala, problemas de comunicação já que a maior parte das atividades envolve fala e compreensão. Se necessário e possível fazer atendimento individual.

Concluindo, propomos que esses grupos sejam tão indicados na terceira idade quanto os de estimulação física e social, ressaltando sua importância como instrumento terapêutico e preventivo nesse período da vida.

AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE TERAPIA DA MEMÓRIA, APÓS AS 10 SESSÕES DE TREINAMENTO

1 - Em relação aos seus problemas de esquecimentos como considera o funcionamento de sua memória após o treinamento:

melhorou bastante () melhorou pouco () está a mesma coisa ()

2. Se você considera que o funcionamento de sua memória de alguma forma, a que você atribui esta melhora. Responda enumerando e colocando o nº. 1 para o que você considera como a causa principal, o nº. 2 para o que você considera em 2º lugar e assim por diante.

Causas:

- conhecimento de sua memória ()
- o uso ou solicitação maior da memória ()
- adoção do uso da prática repetitiva ()
- melhora da atenção ()
- uso maior de lembrete ()
- o não fazer várias coisas ao mesmo tempo ()

3 - Você aprendeu no treinamento como utilizar alguns auxiliares de memória. Após o treinamento o uso desses auxiliares da memória:

aumentou () diminuiu () o uso de auxiliares de memória é o mesmo ()

4 - Você indicaria o grupo de memória para alguém?
sim () não ()

FERRARI, M.A.C, ALVARENGA, C.M.R.A.M. Third age cognitive stimulation. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 62-6, maio / dez., 1997.

ABSTRACT: The aim of this study was identify the most common reasons of complaining of memory disorders in 60 year age and over people, without neurological impairment. Forty patients subdivided into two groups in accordance with the scholar level, were studied. Tem two-hours sessions, once a week were carried out. The sessions was adapted from the method used by WILSON and MOFFAT¹⁰, at the Memory Therapy Group of East Dorset. The results show a significant improvement of both groups related to after and before of the training carried out. The causes of this improvement are, among others, the use and concious of the memory and the improvement of the attention. The results of this study show the efficacy of the cognitive stimulation in the third age. Conclusions: this kind of memory training group should be indicated as those groups for social and physical stimulation, pointing out its importance as therapeutic and preventive ways in this period of life.

KEYWORDS: Geriatric. methods. Memory disorders. Cognition.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATINKSON, R.C., SHIFFRIN, R.M. The control of short-term memory. *Sci. Am.*, v. 225, p. 82-90, 1971.
2. BADDELEY, A.D. Memory theory and memory therapy. In: BARBARA, W., MOFFAT, N., ed. *Clinical management of memory problems*. California: Singular Publishing Group, 1992.
3. COLLIN, A.M., LOFTUS, A. A spreading - activation theory of semantic processing. *Psychol. Rev.*, v. 82, p. 23-34, 1975.
4. CRAIK, F.I.M. A functional account of age differences in memory. In: KLIX, F., HAGENDORF, H., ed. *Human memory and cognitive capabilities, mechanisms and performances*. North Holland : Elsevier, 1986.
5. CRAIK, F.I.M., JENNINGS, J.M. Human memory. In: CRAIK, F.I.M., SALTHOUSE, T. A., ed. *The handbook of aging and cognition*. Hillsdale : Erlbaum, 1992.
6. KARUZA, J. *Aspectos psicológicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro : Revinter, 1997.
7. LUSSIER, I., MALENFANT, D., PERETZ, I., BELLEVILLE, S. Caractérisation des troubles de la mémoire dans la démence de type Alzheimer. In: HABIB, M., JOANETTE, Y., PUEL, M., ed. *Syndromes démentielles: approche clinique et neuropsychologique*. Paris : Manon, 1994.
8. PERETZ, I., WIJNSC. Les troubles de la mémoire après une lesion corticale. In: VAN DER LINDEN, M., BRUYER, R., ed. *Neuropsychologie de la mémoire humaine*. Grenoble : Presses Universitaires, 1989.
9. VAN DER LINDEN, .M. Mémoire à long terme e vieillissement. In: LINDEN, V.D.M., HUPET, M. *Le vieillissement cognitif* Paris : Presses Universitaires de France, 1994. p. 87-133.
10. WILSON, B., MOFFAT, N., ed. *Clinical management of memory problems*. California, Singular Publishing Group. 1992. v. 1: The developement of group memory therapy.

Recebido para publicação: 15 de fevereiro de 1997

Aceito para publicação: 25 de fevereiro de 1997

MONOGRAFIAS DOS ALUNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ENTRE 1985 A 1992

DENISE DIAS BARROS*
FÁTIMA CORRÊA OLIVER*

BARROS, D.D., OLIVER, F.C. Monografias dos alunos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo entre 1985 e 1992. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. v. 8, n. 2/3, p. 67-74, maio / dez., 1997.

RESUMO: Esta pesquisa visa discutir o ensino de iniciação científica apontando os temas de maior interesse dos alunos entre as monografias realizadas no 7º e 8º semestres do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Pretende-se contribuir com a busca de estratégias para formação profissional e para a atividade docente de orientação. As monografias realizadas, no período de 1985 - 1992, foram classificadas segundo ano, autor, título, tema, orientação e procedimentos metodológicos. Os temas de interesse dos alunos foram: recursos terapêuticos (24,5%), saúde mental e psiquiatria (17%), terapia ocupacional em doenças e condições específicas (13,8%), fundamentos de terapia ocupacional (11,7%) entre outros. Os procedimentos metodológicos utilizados nas monografias foram especialmente: desenvolvimento teórico de tema (44,2%) entrevista estruturada (12,7%), questionários (9,3%) e observação participante (4,6%).

DESCRITORES: Terapia ocupacional. educação. Pesquisa. educação.

INTRODUÇÃO

O ensino de iniciação à pesquisa é resultado de uma preocupação em sensibilizar os alunos para a necessidade de investigação e rigor na produção científica da área. Pretende-se que o futuro profissional possa refletir e investigar sobre sua prática, ainda que fora da Universidade.

No Brasil, a pesquisa em terapia ocupacional inicia-se a partir da década de oitenta, acompanhando o desenvolvimento da área e a mudança nas políticas públicas, que passaram a assumir a assistência a pessoas portadoras de deficiências física, sensorial e/ou mental, assim como a assistência em saúde mental. Nos últimos anos, foram incorporados terapeutas ocupacionais pelos serviços públicos

federais, estaduais e municipais, vinculados tanto às ações de saúde mental como às de reabilitação. No Estado de São Paulo, entre 1982 e 1990, houve um crescimento da ordem de 1.184,6% no número de contratações na Secretaria de Estado da Saúde (FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO DO ESTADO DE SÃO PAULO)⁵. Também aumentou o número de profissionais envolvidos com a docência, impondo a necessidade de capacitação docente e formação de pesquisadores qualificados.

A capacitação específica de profissionais ligados à reabilitação, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, desenvolve-se, também, através de cursos de aprimoramento/residência em convênios entre a Fundação do Desenvolvimento Administrativo do Estado de São Paulo - FUNDAP - e os serviços públicos, nas áreas de psiquiatria,

* Docentes do Curso de Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Denise Dias Barros e Fátima Corrêa Oliver. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-160. São Paulo. SP. email: centroto@edu.usp.br

neurologia, terapia intensiva, cardiologia, reabilitação, geriatria e gerontologia, bem como em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional gerais. Em 1991, de um total de 835 bolsas concedidas, 65 foram destinadas a essas três categorias, o que significou em torno de 7,8% das bolsas; enquanto que esses técnicos representavam cerca de 3,5% do conjunto dos profissionais de saúde de nível superior (FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO DO ESTADO DE SÃO PAULO)⁵. Isso revela certa prioridade por parte do órgão, que é responsável por acompanhar projetos de capacitação profissional no estado. É parte do processo de avaliação de desempenho de alguns desses programas a apresentação de um trabalho monográfico sobre tema de interesse do aluno.

No curso de graduação em Terapia Ocupacional da USP o ensino de iniciação científica é introduzido a partir de 1984 através, principalmente, das disciplinas Metodologia Científica I e II, oferecidas no 3º e 4º semestres e Terapia Ocupacional aplicada à Pesquisa I e II, oferecidas no 7º e 8º semestres. Essas disciplinas são vinculadas diretamente ao curso, ao invés de serem oferecidas por outros departamentos ou unidades da USP. Desse modo pretende-se desenvolvê-las de maneira mais próxima às necessidades da área.

O presente estudo descreve e analisa os trabalhos de alunos, aqui chamados de monografias, que cursaram as disciplinas de Pesquisa I e II, desde sua criação em 1985, a 1992, constituindo-se em fonte para avaliação e redirecionamento do ensino de iniciação à pesquisa.

PROCEDIMENTOS

As monografias foram organizadas segundo ano de realização e classificadas quanto a autor, título, tema, orientador e procedimentos metodológicos utilizados.

As fontes foram:

- arquivo do Curso de Graduação para consulta às monografias, aos programas de disciplinas; aos boletins de frequência e notas;
- consulta, através de carta, a todos os autores cujas monografias não se encontravam disponíveis;
- consulta aos orientadores.

Foram criadas 8 (oito) categorias, que permitiram agrupar as monografias, verificando-se campos de interesse escolhidos e os títulos definidos pelos autores, cada um contendo sub-temas, com exceção do item 1, conforme o Quadro 1.

Para identificar os procedimentos metodológicos trabalhou-se a partir das referências de alguns autores: BRANDÃO, CERVO e BERVIAN, CHIZZOTTI, DEMO, MARCONI e LAKATOS, MINAYO, SEVERINO^{1, 2, 3, 4, 6, 7, 8}.

QUADRO 1 TEMAS E SUBTEMAS DE INTERESSE DAS MONOGRAFIAS

CÓDIGO	TEMA
1.	Terapia Ocupacional em doenças e condições específicas
2.	Recursos terapêuticos abordagens corporais globalizantes água e seu uso terapêutico arte – Osório Cesar e Nise da Silveira barro brinquedo e atividade lúdica dança como atividade expressiva desenho infantil jogo estruturado música tai-chi-chan, yoga e outras técnicas orientais teatro técnicas gráficas projetivas outros
3.	Saúde Mental e psiquiatria cidadania do doente mental curso de atividades para equipe – pacientes psicóticos desinstitucionalização institucionalização instituições de saúde instituições psiquiátricas e institucionalização novas propostas de atenção serviços territoriais
4.	Fundamentos de Terapia Ocupacional atividade criatividade episteme história
5.	Campo Social questão carcerária questão da infância questão do idoso questão feminina
6.	Campo da deficiência mental família oficina terapia ocupacional
7.	Campo da deficiência física e sensorial percepção tátil terapia ocupacional intervenções terapêuticas
8.	Outros levantamentos bibliográfico reação dos terapeutas frente ao suicídio referenciais teóricos no campo da psicologia saúde do trabalhador opiniões de alunos FMUSP sobre currículo concepção de corpo entre supervisores de estágio

RESULTADOS

Características gerais das monografias

O número máximo esperado seria de 200 monografias, pois as turmas são de 25 alunos por ano. O *universo total* deste estudo compreende 112 monografias produzidas por 128 alunos, visto que no período estudado 64% dos alunos que iniciaram a graduação finalizaram seus estudos. Em 1985 e 1986 foram realizadas 14 monografias em grupo de dois ou três estudantes.

Não foi possível obter informações completas de todas as monografias por dois motivos principais:

- 26 delas não foram encontradas, contando-se apenas com informações sobre aluno, ano e nota;
- existem monografias com informações incompletas.

Em 1987 não houve colação de grau e somente uma aluna cursou a disciplina, acumulando-se o número de alunos em 1988. Percebe-se que existe um extravio de trabalhos, concentrado em 1988, onde das 27(vinte e sete) monografias foram encontradas 17(dezessete). Se, por um lado, verificasse a preocupação em mantê-las nos arquivos, uma vez que foram localizadas várias delas, mesmo dos primeiros anos da disciplina; por outro, não se trata de iniciativa institucionalizada, mas restrita e sem sistematização. Nem todas as monografias contém, ou contém de modo incompleto, informações sobre orientação, sumário, bibliografia, referências e citações. Isto se modifica nas monografias dos últimos anos.

Assim, das monografias disponíveis, 75,8% informam orientador e 80,3% informam título, ao passo que de 84% foi possível estabelecer o tema e de 76,7% conhecer os procedimentos metodológicos.

Temas de interesse

Um dos objetivos deste estudo foi compreender quais as áreas de terapia ocupacional ou temas que despertaram maior interesse entre os alunos, apresentados no Quadro 1.

As três áreas de maior interesse, apontadas na Tabela 1, foram:

- recursos terapêuticos representando 24,5% dos trabalhos;
- saúde mental e psiquiatria representando 17%;
- terapia ocupacional em doenças e condições específicas representando 13,8%;
- fundamentos de terapia ocupacional representando 11,7% dos trabalhos.

TABELA 1 TEMAS SEGUNDO O ANO DE REALIZAÇÃO

TEMA	ANO								TOTAL	%
	85	86	87	88	89	90	91	92		
Terapia Ocupacional em doenças e condições específicas	--	1	--	--	--	3	6	3	13	13.8
Recursos terapêuticos	2	1	--	4	2	6	5	3	23	24,5
Saúde mental e psiquiatria	1	1	--	7	--	--	6	1	16	17,0
Fundamentos em terapia ocupacional	3	3	--	--	2	--	2	1	11	11,7
Campo social	2	--	--	2	1	3	2	--	10	10,6
Campo da deficiência mental	--	--	--	2	1	1	--	--	4	4,3
Campo da deficiência física e sensorial	--	2	1	--	1	2	--	2	8	8,5
Outros	--	1	--	3	--	2	1	2	9	9,6
TOTAL	8	9	1	18	7	17	22	12	94	100,0

As monografias cujos temas demonstravam interesse específico de um único aluno foram agrupadas na categoria “outros” e somam um total de nove (9,6%).

Na área de saúde mental e psiquiatria, seguida pelos campos social, da deficiência física e/ou sensorial e da deficiência mental, encontra-se a maior concentração de trabalhos cuja preocupação gira em torno de questões internas da terapia ocupacional, como acompanhamento de experiências de trabalho, de implantação de políticas, mudança do papel desempenhado pelo técnico em diferentes experiências e uso de determinadas abordagens com o paciente ou usuário de serviços entre outras.

Dentro do tema recursos terapêuticos as monografias privilegiam o estudo de técnicas ou materiais e não seu uso na prática profissional ou aplicação em situações experimentais. Esta pesquisa permite apenas indicar relações gerais entre os dados colhidos e levantar hipóteses iniciais sobre os fatores determinantes nas escolhas de temas pelos alunos. Acredita-se que essas escolhas possam refletir motivações despertadas pelo perfil e característica de cada campo do ensino, envolvendo dinâmica das aulas, temática discutida e relação professor-aluno entre outras. Por outro lado, encontram-se monografias sobre temas não abordados em qualquer disciplina, indicando que algumas escolhas pretendem suprir faltas consideradas relevantes pelo aluno, em sua formação, como por exemplo: “AIDS: uma vivência de morte. Estudo sobre a atuação de profissionais de saúde junto a pacientes aidéticos”. Existem, ainda, escolhas cuja motivação parece voltada para o mercado de trabalho, nas quais a monografia cumpriria o papel de aproximação deste, como por exemplo: “O lugar do terapeuta ocupacional na atual política de saúde no estado de São Paulo”.

As monografias em campos específicos da prática dos terapeutas ocupacionais devem ser relacionadas, também, com o tempo dedicado na graduação ao seu estudo. Apesar do campo de deficiência mental possuir apenas 60 horas/aula aparecem 4 (quatro) monografias, enquanto que o campo de deficiência física e sensorial, contando com 480 horas/aula apresenta 8 (oito) monografias.

Na distribuição dos temas no período, conforme Tabela 1, as monografias sobre doenças e condições específicas, bem como sobre recursos terapêuticos assumem maior importância a partir de 1990, congregando 10 (dez) do total de 13 (treze) trabalhos de terapia ocupacional em doenças e condições específicas e 14 (quatorze) do total de 23 (vinte e três) trabalhos em recursos terapêuticos. Verificou-se, ainda, que nos anos de 1988 e 1991 encontram-se, respectivamente, 43,7% e 37,5% das monografias sobre saúde mental e psiquiatria, ao passo que nos anos de 1987, 1989 e 1990

não se apresentam monografias sobre esse tema. Entretanto, nenhuma relação conclusiva pode ser estabelecida entre temas e período, à medida que existiu uma perda significativa de dados, notadamente nos anos anteriores a 1990.

Orientação

A disciplina, que compreende a elaboração da monografia, é desenvolvida por um professor que discute os campos de interesse gerais e organiza com os alunos a definição de cada orientador, podendo sofrer alterações quanto às exigências da disciplina e à dinâmica de escolha da orientação. Entre 1985 e 1992 orientaram alunos 23 (vinte e três) terapeutas ocupacionais, 3 (três) dos quais não ligados à Universidade de São Paulo.

Quando da implantação da disciplina era consenso do corpo docente que todos participariam do processo de orientação de monografias, independente do período em que estivessem em sua capacitação e de sua experiência prévia. Essa atividade, contudo, vai se consolidando à medida que os docentes se capacitam, visto que na USP é exigência universitária a apresentação e desenvolvimento de pesquisa desde o início do contrato de trabalho para os docentes em Regime de Dedicação Integral à Docência e Pesquisa e em Regime de Turno Completo.

O processo de escolha do orientador pelo aluno dar-se-ia pela convergência da temática eleita e a experiência ou especialização dos professores. Esse fato, entretanto, não se confirmou na prática, pois o número total de orientadores foi sempre inferior ao número total de docentes, sendo que alguns orientam, no mesmo ano, mais de uma monografia e outros com especialização idêntica ou similar, não orientam.

A distribuição das monografias segundo os orientadores e temas está apresentada na Tabela 2.

Em 1985 e 1986, a definição dos docentes-orientadores deu-se a partir da apresentação de áreas de orientação dos respectivos docentes e o número de vagas, para cada docente. Essa foi uma das maneiras através da qual se procurou organizar tanto a divisão de trabalho docente, quanto as possibilidades de escolha dos alunos. Algumas vezes também se trabalhou em co-orientação com profissionais não vinculados à USP, tendo um docente do curso como responsável; como em 1989 quando 3 (três) profissionais que não pertenciam ao corpo docente orientaram de três monografias. No entanto, não tem sido essa a dinâmica definida para a disciplina.

A diferença entre o número total de docentes do curso e o número de orientadores pode retratar tanto a escolha temática dos alunos como outros fatores:

- a capacitação do corpo docente: em 1985 apenas um docente havia realizado doutorado e 13 (treze) eram recém-contratados como auxiliares de ensino, quadro que se modificou, pois em 1992, 11(onze) dos 16 (dezesseis) docentes haviam concluído o mestrado, trazendo novo impulso às atividades acadêmicas.
- os afastamentos de docentes para escreverem suas dissertações ou realizar pesquisas de campo.

TABELA 2 - ORIENTADOR SEGUNDO TEMA DE ESTUDO

CÓDIGO ORIENTADOR	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTAL	%
1	--	1	--	--	--	--	--	--	1	1,1
2	1	2	--	--	--	--	--	--	3	3,6
3	--	1	2	3	1	--	--	1	8	9,6
4	--	--	1	--	1	--	--	--	2	2,4
5	--	4	1	--	2	--	--	1	8	9,6
6	--	1	6	--	--	--	--	1	8	9,6
7	1	--	--	--	--	--	--	--	1	1,1
8	--	--	1	1	1	--	--	--	3	3,6
9	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1,1
10	2	--	--	1	--	1	2	3	9	10,8
11	--	--	--	--	--	--	1	--	1	1,1
12	--	--	--	1	--	--	--	--	1	1,1
13	3	2	--	1	1	--	--	--	7	8,4
14	--	--	1	--	--	--	--	--	1	1,1
15	--	1	--	--	2	--	--	--	3	3,6
16	--	--	--	--	--	1	--	--	1	1,1
17	3	1	--	--	--	--	2	1	7	8,4
18	2	--	--	1	--	--	--	1	4	4,2
19	--	1	--	2	--	--	--	--	3	3,6
20	--	--	--	--	--	1	--	--	1	1,1
21	--	--	2	1	--	--	--	--	3	3,6
22	--	2	--	--	--	--	--	--	2	2,4
23	1	3	--	--	1	--	--	--	5	6,0
TOTAL	13	19	14	11	9	3	5	9	83	100,0

Conforme Tabela 2, o tema recursos terapêuticos aglutinou 47,8% dos docentes e 22,9% das monografias que dispunham de informações sobre esses dois itens. Nos temas de saúde mental e psiquiatria têm-se 30,4% dos orientadores para 16,8% da monografias. O mesmo número de docentes esteve envolvido na temática de fundamentos de terapia ocupacional para 13,2% dos trabalhos e do campo social, para 10,8% dos trabalhos. O campo da deficiência mental contou com 17,8% dos orientadores e 4,8% dos trabalhos,

enquanto que na deficiência física e sensorial com 6,0% das monografias para 13,0% dos orientadores. Na categoria outros temas estiveram envolvidos 26,0% dos docentes e 9,6% das monografias.

Isso demonstra a necessária flexibilidade entre a especialização do docente e os temas de interesse dos alunos, pois aqueles têm orientado monografias em mais de um campo temático, ainda que para alguns, estas se concentrem mais na sua especialidade.

Procedimentos metodológicos

Os procedimentos metodológicos utilizados nas monografias foram: entrevista aberta, entrevista estruturada, questionário, desenvolvimento teórico de tema, pesquisa

bibliográfica, observação participante, pesquisa documental, estudo de caso e modelização⁽¹⁾, considerados isoladamente ou associados. Assim foram classificadas 86 (oitenta e seis) monografias, conforme Tabela 3.

TABELA 3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS, SEGUNDO O ANO DE REALIZAÇÃO

CÓDIGO DO MÉTODO	85	86	87	88	89	90	91	92	TOTAL	%
1	1	--	--	--	1	--	1	1	4	4,6
1,2	--	--	--	--	--	1	1	--	2	2,3
1,6	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1,2
1,7	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1,2
1,9	--	--	--	1	--	--	--	--	1	1,2
2	--	1	1	2	1	1	5	--	11	12,7
2,3	--	--	--	--	--	1	--	--	1	1,2
2,4	--	--	--	--	--	--	1	--	1	1,2
2,6	--	--	--	1	--	1	1	--	3	3,4
2,7	--	--	--	--	--	--	1	--	1	1,2
3	--	2	--	4	--	1	--	1	8	9,3
3,4	1	--	--	1	--	--	--	--	2	2,3
3,7	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1,2
4	--	--	--	--	1	1	1	1	4	4,6
5	--	--	--	--	--	1	--	--	1	1,2
6,1	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1,2
7	5	5	--	8	4	8	6	2	38	44,2
8	--	--	--	1	--	--	--	2	3	3,4
9	--	--	--	--	--	--	1	--	1	1,2
9,7	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1,2
TOTAL	7	8	1	18	7	15	18	12	86	100,0

1. Entrevista aberta
2. Entrevista estruturada
3. Questionário
4. Observação participante
5. Modelização
6. Pesquisa documental
7. Desenvolvimento teórico de tema
8. Pesquisa bibliográfica
9. Estudo de caso

A maioria dos trabalhos recorreu a estudo teórico bibliográfico, aqui chamado de desenvolvimento teórico de um tema (44,2%), seguido de 12,7% que utilizaram apenas a entrevista estruturada, 9,3% o questionário e 4,6% a observação participante como estratégia. Cerca de 16 (dezesseis) monografias (18,6%) utilizaram procedimentos associados como entrevista estruturada e desenvolvimento teórico de um tema; entrevista aberta e entrevista estruturada; questionário e observação participante entre outras associações.

Ao se cruzar os dados sobre temas e instrumento metodológico percebe-se que em recursos terapêuticos, de um total

de 20 (vinte) monografias, 11 recorreram a desenvolvimento teórico de tema. A mesma tendência se observa em fundamentos de terapia ocupacional, com 12 (doze) monografias, sendo que 10 (dez) realizam estudos teóricos. Também em saúde mental 5 (cinco) dos 13 (treze) são estudos teórico-bibliográficos. O uso de entrevista estruturada esteve presente em 4 (quatro) de 13 (treze) monografias sobre terapia ocupacional em doenças e condições específicas o mesmo ocorrendo em saúde mental e psiquiatria. Num outro polo estão a modelização, procedimento que aparece apenas uma vez em recursos terapêuticos e o estudo de caso, utilizado

⁽¹⁾ Termo que designa a operacionalização em objetos de uma teoria da realidade que se pretende explicar (CHIZZOTTI 1991, p. 66)³.

uma vez em terapia ocupacional em condições específicas e outra no campo social.

Conforme aponta a Tabela 3, também é possível conhecer a constância dos procedimentos no período. Dos 38 (trinta e oito) estudos teóricos, apenas dois são de 1992. Entretanto, não é possível afirmar uma mudança de tendência, pois aparecem em todos os anos em que a disciplina foi oferecida. Por outro lado, o uso de questionário e entrevista estruturada concentrou-se no ano de 1988 e 1991, respectivamente; demonstrando interesse de grupos de alunos de uma mesma turma.

Os alunos buscaram procedimentos metodológicos que pudessem facilitar o acesso à temática a ser estudada, bem como aqueles com os quais tiveram maior proximidade ou experiência, possivelmente adquirida durante a graduação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo traduz o resultado de determinado trabalho curricular realizado desde o ingresso do aluno no curso, através do qual procura-se criar e desenvolver elementos que facilitem a reflexão e o registro das experiências e preocupações em relação aos conteúdos das disciplinas. Pretende-se com isso oferecer subsídios para a construção de uma postura crítico-reflexiva diante dos conteúdos programáticos e da prática profissional para a qual se busca capacitar.

Os trabalhos são predominantemente de estudos qualitativos das problemáticas e, possivelmente, refletem um interesse por parte dos alunos em contribuir para a formação e capacitação profissional. Espera-se que a elaboração e execução da monografia facilite o desenvolvimento das atividades profissionais, de maneira consciente e criativa, onde as técnicas e métodos utilizados, bem como as bases teóricas da prática em constituição, sejam redimensionados no cotidiano da assistência e da capacitação. O objetivo fundamental é criar algumas condições para romper com o pensamento redutor, eminentemente tecnicista, e para construir a possibilidade de uma formação mais abrangente e crítica, capaz de produzir pesquisadores e profissionais melhor preparados para intervir na realidade social.

O estudo facilita a discussão entre os docentes acerca da atividade de orientação desenvolvida na disciplina de Terapia Ocupacional aplicada à Pesquisa, demonstrando que em determinados períodos o engajamento docente nessa atividade se diluiu à medida que os orientadores passaram a ser escolhidos segundo a temática eleita pelo aluno e não mais segundo a disponibilidade do conjunto dos professores. Considera-se fundamental que a catalogação e sistematização dos dados realizada até 1992 possa ter continuidade, de forma a permitir uma avaliação constante e a preservação da produção dos alunos de terapia ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e sua memória histórica.

BARROS, D.D., OLIVER, F.C. The monographs of Occupational Therapy student's of Universidade de São Paulo between 1985-1992.
Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 8, n. 2/3, p. 67-74, maio / dez., 1997.

ABSTRACT: This research aims to discuss the teaching of methodological issues, and to indicate the most relevant topics developed by the undergraduate students of the 7th and 8th semester of the course of Occupational Therapy da Universidade de São Paulo. We aim, also, to contribute to the improvement of the academic teaching, and to the sponsor activity. The forms of data collection were the classification of 112 monographs according to year, author, title, sponsor and research strategies. The period considered for the study was that between 1985-1992. We could observe that among the most studied topics were related to therapeutic resources (24.5%), mental health and psychiatry (17%), Occupational Therapy with specific diseases (13.8%) and the basis of Occupational Therapy (11.7%). The forms of data collection of the monographs had focused specially the theoretical development of a subject (44.2%), structured interviews (12.7%), questionnaire (9.3%) and participant observation (4.6%).

KEYWORDS: Occupational therapy, education. Research, education.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRANDÃO, C.R., org. *Pesquisa participante*. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.
2. CERVO, A.L., BERVIAN, A.P. *Metodologia científica para uso dos estudantes universitários*. São Paulo: MacGraw-Hill, 1983.
3. CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.
4. DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. São Paulo: Cortez, 1991.

5. FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO DO ESTADO DE SÃO PAULO - FUNDAP. *Informações sobre cursos de aprimoramento*. São Paulo, 1991.
6. MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1982.
7. MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992
8. SEVERINO, A.J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 1982.

Recebido para publicação: 10 de janeiro de 1997

Aceito para publicação: 02 de fevereiro de 1997

PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM TERAPIA OCUPACIONAL: CAPACITANDO O ALUNO PARA ATUAR JUNTO A CRIANÇAS COM ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

LUZIA IARA PFEIFER*

PFEIFER, L.I. Práticas pedagógicas em Terapia Ocupacional: capacitando o aluno para atuar junto a crianças com atraso no desenvolvimento. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 75-80, maio / dez., 1997.

RESUMO: Novas propostas pedagógicas sugerem que o ensino nos cursos de graduação seja pautado no modelo da aprendizagem baseada no problema. Entrevistou-se quatro professores de Terapia Ocupacional afim de analisar como a anamnese, a avaliação e a elaboração de um plano de intervenção são ensinados, procurando identificar se os procedimentos utilizados na prática docente vão ao encontro deste modelo pedagógico.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, educação. Deficiências do desenvolvimento, terapia.

INTRODUÇÃO

As práticas pedagógicas utilizadas no ensino superior estão sendo repensadas, já que espera-se que os cursos de graduação formem profissionais competentes, que tenham domínio das técnicas e procedimentos especializados na área, que possuam conhecimentos teórico-científicos desta especialização, e que sejam críticos e integrados na política-social.

Para PÉREZ-GÓMEZ⁹ o profissional competente atua refletindo na ação, criando uma nova realidade, experimentando, corrigindo e inventando através do diálogo que estabelece com essa mesma realidade.

Desta forma as práticas pedagógicas devem favorecer ao aluno oportunidades de desenvolver esta postura reflexiva, e de auto avaliação durante e após suas ações.

Para ROYEEEN¹¹ a educação baseada no raciocínio clínico⁽¹⁾

e na reflexão crítica prepara o terapeuta ocupacional para todos os anos de prática, tanto quanto para a aprendizagem ao longo de sua vida.

O estudo de FLEMING e PIEDMONT³ mostra que o ensino de Terapia Ocupacional deve dar mais ênfase na experiência clínica, na prática com técnicas e na aprendizagem baseada no problema.

Na prática não existem problemas, mas sim situações problemáticas, que se apresentam freqüentemente como casos únicos que não se enquadram nas categorias genéricas identificadas pela técnica e teoria existentes (PÉREZ-GÓMEZ)⁹.

Deste modo o terapeuta ocupacional deve ser formado para identificar estas situações problemáticas, estando capaz de fazer escolhas racionais sobre sua ação, assumindo a responsabilidade por essas escolhas (ROYEEN)¹¹.

No modelo pedagógico de aprendizagem baseada no problema as informações são organizadas e apresentadas

⁽¹⁾ Raciocínio clínico: termo usado para todos os processos cognitivos que orientam a prática profissional (STRONG et al.)¹⁴

* Terapeuta Ocupacional. Docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Doutoranda em Metodologia de Ensino pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos. Bolsista do PICD - CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior.

Endereço para correspondência: Prof. Luzia Iara Pfeifer. Travessa Vileta, 1197. Apto 702. 66085-710. Belém, PA. email: luziara@supridad.com.br

aos estudantes dentro de um problema clínico (casos retirados da prática clínica de Terapia Ocupacional), antes que qualquer antecedente de preparação teórica tenha ocorrido. Os estudantes são solicitados a identificar quais informações consideram pertinentes, o que precisam saber para atuar, e o que precisam aprender para proceder a análise do caso apresentado (VANLEIT)¹⁵. Isto muda a postura do professor o qual passa a ser um facilitador deste processo de aprendizagem auto-diretiva, e os alunos passam a responsabilizar-se pela própria aprendizagem, capacitando-se para assumirem o hábito de aprendizagem ao longo da vida (ROYEEN, SADLO et al.)^{11,12}.

Experiências recentes nos cursos de Terapia Ocupacional da Austrália, Estados Unidos e Inglaterra vêm se pautando no conceito de aprendizagem baseada no problema, onde, através do raciocínio clínico (levantado a partir do estudo da prática profissional) são elaborados casos teóricos para facilitar o desenvolvimento dos alunos de terapia ocupacional na aquisição da capacidade de resolver problemas (SADLO et al., STRONG et al., VANLEIT)^{12,14,15}. Alguns desses cursos possuem todo o currículo desenvolvido na aprendizagem baseada no problema, como a West London Institute em Londres (Inglaterra) e a Shenandoah University em Virginia (E.U.A); outros utilizam este conceito em algumas disciplinas do curso como a University of New Mexico em Albuquerque (E.U.A).

Não há registros sobre a utilização da prática pedagógica de aprendizagem baseada no problema nos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil.

O currículo mínimo, previsto pelo MEC (1982) propõe que os cursos de Terapia Ocupacional sejam divididos em quatro ciclos de disciplinas: as Biológicas, as de Formação Geral, as Pré-Profissionalizantes e as Profissionalizantes (LOPES)⁴.

Dentro do Ciclo Profissionalizante encontra-se o conteúdo que enfoca a atuação do terapeuta ocupacional junto a crianças com atraso de desenvolvimento, o qual pode estar distribuído em diferentes disciplinas acadêmicas de acordo com o currículo de cada curso.

A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL JUNTO A CRIANÇAS COM ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

O terapeuta ocupacional que atua junto a crianças com atraso no desenvolvimento⁽²⁾ tem como objetivo aumentar a competência em todas as áreas do desenvolvimento de

crianças vulneráveis, biológica ou ambientalmente, desde o nascimento, e de assistir a família na habilidade de manipular as mudanças da vida diária (MARRONI e HICKMAN)⁵.

A prática de Terapia Ocupacional precisa ser adequada para cada criança, percebendo-a em todos os seus aspectos (físicos, sensoriais, cognitivos e sócio-emocionais). Desta forma, o terapeuta ocupacional precisa estar familiarizado com os processos de desenvolvimento humano, as seqüências das etapas, as funções e habilidades pertinentes à cada uma delas, e relacionar isto com as necessidades da criança no contínuo entre saúde e disfunção (CLARK e ALLEN)¹.

Em situação de terapia, a estimulação⁽³⁾ inicia-se desde o primeiro contato, pois a mudança de ambiente e de manuseio já altera o padrão anterior da criança, e as avaliações precisam acontecer constantemente para se adequar a condução do processo terapêutico ocupacional.

Para verificar a eletividade de uma criança para um trabalho terapêutico ocupacional, buscando uma seqüência mais lógica e didática para a atuação, o terapeuta ocupacional entrevista o responsável pela criança para investigar sobre o histórico pré, peri e pós natal e o que o levou a buscar a intervenção terapêutica, identificando quais as condições sócio-econômicas e culturais da família, e investigando as atividades realizadas pela criança, etc. Esta etapa do trabalho é denominada anamnese.

A avaliação de crianças com atraso de desenvolvimento, ocorre através da observação e da aplicação de roteiros (padronizados ou não) para identificar os aspectos motores, sensoriais, perceptivos, cognitivos, emocionais e sociais que estão impedindo um desenvolvimento satisfatório.

Após a avaliação o terapeuta ocupacional interpreta os dados para diagnosticar as capacidades e as necessidades da criança (ROUTLEDGE)¹⁰. Tendo diagnosticado, elabora um programa de estimulação para criança, e orienta a família quanto às condutas que devem ser seguidas diariamente, visto que é esta que ficará o maior tempo em contato com a criança.

Acredita-se que estes sejam os passos preliminares para a atuação específica do terapeuta ocupacional junto a crianças com atraso no desenvolvimento, e portanto devem ser bem trabalhados para se obter uma base consistente para a estimulação da criança.

Será que este conhecimento tem sido bem trabalhado durante a graduação, afim de capacitar eficazmente o aluno para sua futura atuação profissional?

⁽²⁾ A criança com atraso no desenvolvimento é portadora de alguma disfunção, seja ela orgânica, mental, emocional, ou social que a impede de um desenvolvimento satisfatório.

⁽³⁾ Estimulação: termo comumente utilizado na prática clínica que significa intervenção terapêutica, tratamento.

Buscando analisar como a anamnese, a avaliação e a elaboração de um plano de intervenção⁽⁴⁾ são ensinados, foram entrevistados quatro professores, os quais são terapeutas ocupacionais (docentes ou supervisores de estágio), vinculados ao ensino do curso de graduação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em disciplinas que enfocam o conteúdo da atuação do terapeuta ocupacional junto a crianças com atraso no desenvolvimento.

Através da análise dos conteúdos das falas coletadas nas entrevistas, destacou-se as posturas dos professores e dos alunos, dentro do processo de ensino-aprendizagem, as quais serão discutidas frente ao conceito de aprendizagem baseada no problema.

O PROFESSOR COMO MODELO E DETENTOR DO SABER: DANDO "O PEIXE" AO ALUNO

A postura do professor deflagra a postura do aluno, assim se o professor é o centralizador do processo de ensino-aprendizagem o aluno passa a ser um mero receptor do conteúdo que lhe é oferecido. Esta postura é identificada nas práticas pedagógicas utilizadas, como se percebe abaixo.

Os alunos observam o professor realizando a anamnese e a avaliação. A partir deste modelo eles realizam o mesmo, sendo observados pelo professor, o qual orienta sobre os aspectos que devem ser melhorados.

A elaboração do plano de intervenção é feita a partir de perguntas realizadas durante a atuação do professor e dos aspectos importantes ressaltados por ele. Este plano, depois de elaborado, é discutido com o professor para ser corrigido e adaptado à realidade da criança.

Isto gera a passividade do aluno, o qual recebe o conteúdo de forma hermética, sem possibilidade de criar e desenvolver práticas diferenciadas daquela proposta pelo professor.

Este exemplo mostra que o professor tem a visão do saber como produto de consumo, onde "quem o possui (professor) oferece-o a quem não o tem (aluno)", desta forma o aluno aprende a imitar e repetir o modelo demonstrado (MELLO)⁶.

Esta prática somente foi citada por um supervisor que, talvez por não estar diretamente ligado à universidade⁽⁵⁾, esteja mais distanciado das novas discussões a respeito das práticas educativas mais transformadoras para a formação de profissionais reflexivos.

Para SCHÖN¹³ o professor deve estar aberto a novidades, não se fechando em verdades únicas, permitindo o question-

namento dos alunos para que estes também desenvolvam o seu potencial, refletindo sobre suas ações e se responsabilizem pelo próprio processo de aprendizagem.

O PROFESSOR COMO ORIENTADOR DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM: ENSINANDO O ALUNO A "PESCAR"

Quando o professor é o facilitador do processo de ensino-aprendizagem o aluno tem que ser um participante ativo, pois é ele quem constrói o seu conhecimento através da orientação do professor. Esta postura propicia uma variedade de práticas pedagógicas para alcançar os objetivos de autonomia do estudante, como se percebe abaixo:

Estimulando o raciocínio clínico: para elaborar um roteiro de anamnese, os alunos são estimulados a relacionar as perguntas pertinentes, para conseguir caracterizar a população com a qual irão trabalhar.

Então, na sala de aula, em grupo elaboram um roteiro de avaliação, discutem quais os itens mais importantes que devem estar presentes para conseguir as informações imprescindíveis sobre a população que será trabalhada.

Destacam a importância da discussão do *como* realizar a avaliação. Postura que vai ao encontro dos preceitos da WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS¹⁶ os quais compreendem que o estudante deve ser preparado para a prática específica de sua profissão, não só acumulando informações mas aprendendo a arte de utilizá-las.

Quanto a elaboração do plano de intervenção o aluno é solicitado a refletir sobre a criança e quais as necessidades dela. E a partir dos dados coletados na anamnese e avaliação, identificando os pontos críticos no desenvolvimento da criança, elabora os objetivos a serem alcançados, e somente quando estes estão traçados é que passa a relacionar as atividades que facilitarão o alcance dos mesmos.

Estes exemplos mostram que os professores desafiam os alunos a elaborarem seus instrumentos e planos de intervenção através do raciocínio sobre conhecimentos previos.

Essa postura estimula o aluno a pensar e criar, desafiando-o a desenvolver sua compreensão, rompendo o vínculo de dependência com o professor (MELLO)⁶.

Esta autonomia desenvolvida nos alunos é fundamental para a futura prática profissional, pois após a graduação não haverá professores orientando sobre quais as atitudes devem

⁽⁴⁾ Plano de Intervenção : aplicação de procedimentos terapêuticos ocupacional

⁽⁵⁾ Como não existe na UFSCar ou na cidade de São Carlos programas ou instituições de saúde que abranjam todo o tipo de clientela, os estágios profissionalizantes curriculares do curso de Terapia Ocupacional são realizados não somente sob a supervisão de seus docentes como também em outras instituições de saúde do Estado de São Paulo, sob a supervisão de terapeutas ocupacionais, os quais também são responsáveis pela formação profissional destes alunos (DEFITO)².

ser tomadas, ou quais os pontos falhos devem ser alterados, cabendo então à estes *profissionais iniciantes* tomarem suas próprias decisões.

Simulando a atuação profissional em sala de aula: buscando diminuir a ansiedade dos alunos no momento de atuação junto à clientela, utiliza-se o treino entre os alunos, simulando situações concretas.

Assim, quanto a realização da anamnese, os alunos formam duplas, onde um é o terapeuta e o outro é o pai ou a mãe da criança, desta forma exercitam através de *role-play* o roteiro de entrevista elaborado previamente.

Quanto a avaliação, este treino ocorre não somente entre os alunos, como também com crianças sem déficits motores e cognitivos, quando aplicam o roteiro (anteriormente discutido, ou elaborados pelos próprios alunos) e verificam se as atividades selecionadas para avaliar os aspectos do desenvolvimento são adequadas.

Isto exerce não só o domínio técnico (utilizar o roteiro de avaliação e aplicar as atividades desejadas) como também a verificação sobre a adequação das atividades para determinado objetivo, estimulando a reflexão na ação (discutindo com o colega os procedimentos que estão sendo tomados) e depois sobre a ação (quando em grupo as dificuldades e atitudes tomadas frente a estas são discutidas).

Esta verificação da adequação ou não de determinada atividade vai ao encontro das idéias de PÉREZ-GÓMEZ⁹, o qual acredita que a prática profissional não se resume a uma acertada escolha na aplicação de técnicas e procedimentos, pois não existe uma única solução correta, havendo necessidade assim de constantes reflexões na e sobre a ação.

Também para elaborar o roteiro de anamnese, um caso teórico⁽⁶⁾ é apresentado aos alunos para que eles relacionem as informações necessárias que devem ser coletadas através de entrevistas com os pais, para subsidiar a intervenção terapêutica. Isto é posteriormente discutido para verificar a adequação deste roteiro para este caso teórico.

Todas as perguntas do roteiro são discutidas para obter uma maior compreensão do objetivo de cada uma, diminuindo assim a insegurança no momento em que os alunos forem para a prática real em contato com os pais.

Esta prática pedagógica não foi muito citada, pois após o desenvolvimento dos conteúdos teóricos os alunos passam direto para casos clínicos. Um dos entrevistados acredita que apesar das simulações prevenir os alunos de certas dificuldades, é somente na prática que as reais dificuldades aparecem. Mas, apesar disto, acha que este é um bom recurso para minimizar o impacto da passagem da teoria à prática.

Um dos docentes entrevistados acredita que só a teoria

não ilustra todos os conteúdos necessários à prática profissional, e assim utiliza sua experiência clínica para trazer exemplos práticos, o que facilita ao aluno compreender os passos que antecedem uma intervenção terapêutica, a importância da seleção das atividades, do relacionamento com a criança e com a família. PARDO⁸ concorda com esta prática e acredita que sempre que possível o professor deve estabelecer relações entre o trabalho que se realiza durante a disciplina acadêmica e a atuação que o profissional deverá apresentar em sua prática.

Deste modo, para se desenvolver o conceito de aprendizagem baseada no problema utiliza-se o estudo de caso (VANLEIT)¹⁵, onde as informações são organizadas e apresentadas num problema teórico-clínico específico. Isto facilita a elaboração do raciocínio clínico, preparando e dando maior segurança ao aluno e fornecendo uma maior relação entre a graduação e a prática profissional.

Agindo sobre um caso clínico: após as discussões teóricas, os exercícios e simulações de casos os alunos vão para a prática realizar contato com uma criança com atraso no desenvolvimento.

Entrevistam os pais e aplicam o roteiro de avaliação na criança, depois retornam ao professor para discutir o *como* foi esta prática, *quais as dificuldades* encontradas e se os dados coletados são suficientes para se traçar um quadro diagnóstico da criança. A partir daí a elaboração do plano de intervenção é fácil, já que há uma relação imediata entre os objetivos de intervenção e os resultados da avaliação e anamnese, assim a elaboração do plano de intervenção é uma consequência das etapas anteriores.

Cada aluno é estimulado a identificar a situação da criança que irá intervir, qual sua queixa principal, quais os fatores externos que estão influenciando no seu desenvolvimento satisfatório, identificando assim a importância da história de vida da criança. Postura que vai ao encontro dos preceitos normativos da WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY¹⁶ que compreendem que o Homem não pode ser separado de seus costumes, cultura e modelos sociais dos quais ele é produto.

Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que esta é a melhor forma de relacionar a teoria com a prática, preparando o aluno para sua futura ação profissional.

Esta prática pedagógica é a que mais se aproxima da ação profissional, onde os alunos estão aprendendo através de um caso real, desenvolvendo o raciocínio clínico, sendo assim estimulados a resolver problemas e refletir sobre suas ações e durante as mesmas (PÉREZ-GÓMEZ, ROYEN, SCHÖN, VANLEIT)^{9,11,13,15}.

⁽⁶⁾ Caso teórico: descrição de um caso retirado da prática clínica o qual serve de subsídio para o desenvolvimento do raciocínio clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ACREDITANDO NA PROPOSTA

Algumas práticas pedagógicas utilizadas por estes professores procuram desafiar os alunos a construirem o próprio conhecimento, responsabilizando-os pela própria aprendizagem. Segundo o estudo de MICKAN⁷ isto faz com que os alunos passem a ter mais confiança em si mesmos.

Conforme dito na introdução deste trabalho, apesar da inexistência de registros sobre a utilização de práticas pedagógicas de aprendizagem baseada no problema nos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, ao analisar o conteúdo das entrevistas realizadas identificam-se procedimentos utilizados pelos professores que vão ao encontro desta proposta. Entretanto, estes procedimentos são utilizados como mais um instrumento pedagógico para conseguir a aprendizagem, e não como o norteador de todo o processo de ensino das disciplinas que abarcam o conteúdo relacionado à atuação do terapeuta ocupacional junto a

crianças com atraso no desenvolvimento.

Por mais que se esforce em fornecer um grande volume de conteúdo voltado para a especialidade que se está estudando, aqui referindo-se a atuação do terapeuta ocupacional junto a crianças com atraso no desenvolvimento, o aluno sempre estará defasado, pois o conhecimento não é estático, e uma grade curricular nunca é extensa o suficiente para comportar um grande volume de conteúdos.

Ao passo que se o aluno for introduzido num processo de aprendizagem, onde ele entra em contato com este conteúdo através de uma prática contextualizada, sendo desafiado a refletir sobre os conhecimentos que são necessários saber para resolver um determinado problema, no caso a intervenção terapêutica ocupacional junto a uma criança com atraso no desenvolvimento, estará desenvolvendo o conhecimento e as habilidades necessárias para a futura prática profissional. Além de estar capacitando-se para gerir seu processo de autonomia de aprendizagem após a graduação.

PFEIFER, L.I. Pedagogic practices in Occupational Therapy: qualifying student to act with children with delay development. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 75-80, maio / dez., 1997.

ABSTRACT: News pedagogic proposals suggest that a teaching at courses of graduation being based in problem learning based. Four teacher of occupational therapy was interviewed to analyse how the anamnese, the evaluation and the elaboration of a intervention plan are teaching, searching to identified if the procedures used at the teacher's practice go to encounter of this pedagogic model.

KEYWORDS: Occupational therapy, education. Developmental disabilities, therapy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CLARK, P.N., ALLEN, A.S. *Occupational therapy for children*. St. Louis: Mosby, 1985. 558p.
2. Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. DEFITO. *Universidade de São Carlos. Curso de graduação em terapia ocupacional*. São Carlos: UFSCar, 1995. 48p.
3. FLEMING, M.H., PIEDMONT, R.L. The relationship of academic degree and years in practice to occupational therapists' perceptions of the status of the profession and educational preparation. *Occup. Ther. J. Res.*, v. 9, n. 2, p. 101-3, 1989.
4. LOPES, R.E. *A formação do terapeuta ocupacional O currículo: histórico e propostas alternativas*. São Carlos, 1991. 215p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de São Carlos.
5. MARRONI, K., HICKMAN, L. *Papéis e funções da terapia ocupacional na intervenção precoce*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1988. 16p. [Mimeo.]
6. MELLO, R.R. Um diálogo sobre a relação dialógica em sala de aula. In: FRANCHI, E.P. *A causa dos professores*. Campinas: Papirus, 1995. p. 131-52.
7. MICKAN, S.M. Student preparation for paediatric fieldwork. *Br. J. Occup. Ther.*, v. 58, n. 6, p. 239-44, 1995.
8. PARDO, M.B.L. *A atuação do professor e o contexto da formação profissional*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1993. 25p. [Mimeo.]
9. PÉREZ-GOMÉZ, A. O pensamento prático do professor: a formação do professor como profissional reflexivo. In: NÓVOA, A., coord. *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 1992. p. 95-113.
10. ROUTLEDGE, L. *El niño con deficiencias físicas: orientaciones para su tratamiento*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, 1980. 206p.
11. ROYEN, C.B. A problem-based learning curriculum for occupational therapy education. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 49, n. 4, p. 338-46, 1995.
12. SADLO, G., DAVID, W.P., AGNEW, P. Problem-based learning in the development of an occupational therapy curriculum, part 1 : the process of problem-based learning. *Br. J. Occup. Ther.*, v. 57, n. 2, p. 49-54, 1994.

13. SCHÖN, D. Formar professores como profissionais reflexivos. In: NÓVOA, A., coord. *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 1992.
14. STRONG, J., GILBERT, J., CASSIDY, S., BENNETT, S. Expert clinicians' and students' views on clinical reasoning in occupational therapy. *Br. J. Occup. Ther.*, v. 58, n. 3, p. 119-23, 1995.
15. VANLEIT, B. Using the case method to develop clinical reasoning skills in problem-based learning. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 49, n. 4, p. 349-53, 1995.
16. WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS, 1991. Minimum Standards of Education for Occupational Therapists. 5th ed. London, WFOT, 1993. 86p.

Recebido para publicação: 01 de março de 1997

Aceito para publicação: 21 de março de 1997

DEFICIÊNCIA E COTIDIANO: REFLEXOS E REFLEXÕES SOBRE A REABILITAÇÃO

MARTA CARVALHO DE ALMEIDA*

ALMEIDA, M.C. Deficiência e cotidiano: reflexos e reflexões sobre a reabilitação. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 81-6, maio / dez., 1997.

RESUMO: O cotidiano de pessoas portadoras de deficiência física reabilitadas foi objeto do estudo cujos resultados principais são discutidos neste artigo. Buscou-se identificar os efeitos do modelo médico-institucional de reabilitação sobre as ações e relações sociais cotidianas de sujeitos que tivessem sido submetidos a ele. Junto à instituição de reabilitação coletou-se dados a respeito dos procedimentos que esta adota em relação a sua clientela e, em especial, aqueles que adotou junto aos sujeitos da pesquisa. Com esses sujeitos foram realizadas observações e entrevistas em profundidade. Pode-se verificar que, embora tenham sido várias as ações que a reabilitação dirigiu a esse âmbito da vida de seus clientes, o cotidiano, apenas permaneceram atualizados nele os elementos que adquiriram significados particulares nesse contexto. Viu-se ainda que no cotidiano das pessoas portadoras de deficiência física estão presentes tanto algumas manifestações de condução consciente da vida, quanto de alienação, sendo a estas últimas que parece estar mais diretamente vinculada a reabilitação. Concluiu-se que cabe às intervenções que realmente pretendem promover autonomia optar pelo rompimento com as ações de ordenação e controle sobre a vida cotidiana.

DESCRITORES: Reabilitação, tendências. Reabilitação, métodos. Promoção da saúde, tendências. Pessoas deficientes.

INTRODUÇÃO

A abordagem médica-científica das deficiências físicas teve seu desenvolvimento fortemente marcado pelo padrão social-democrata do pós-guerra. Nesse período, em vários países da Europa, o Estado de Bem-Estar expandia a atuação governamental no campo econômico e social, estabelecendo políticas sociais que, alcançando toda a população, visavam à segurança social. Por risco social era entendido tudo aquilo que pudesse colocar em perigo o rendimento regular das pessoas, como a velhice, a doença, o desemprego e a deficiência, entre outras condições. A reabilitação física de portadores de deficiência era apenas um dos elementos de um amplo sistema de garantia do acesso do deficiente aos bens sociais.

Através dessas políticas, na qual o Estado toma o indivíduo como unidade para a qual oferece seus serviços, estabelece-se um capitalismo planificado que tem por base a idéia de que existe uma correspondência lógica entre crescimento econômico e eqüidade social (BRAGA e PAULA)³. Em outras palavras, cabe ao Estado assumir a reprodução da força de trabalho, através do oferecimento de serviços como os de saúde e educação, a fim de garantir a expansão da demanda de consumo dos bens produzidos. Deficiente integrado é deficiente consumidor.

Foi, portanto, nesse contexto sócio-político singular que se estabeleceu a legitimidade social de uma determinada prática de reabilitação que, fundada na razão científica e localizada em centros especializados, colocou na busca de melhores níveis de desempenho funcional (físico e mental)

* Profª. Assistente do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.

Endereço para correspondência: Profª. Marta Carvalho de Almeida. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-160 São Paulo, SP. email: centroto@edu.usp.br

o eixo central em torno do qual projeta a (re)inserção do deficiente físico na vida social.

Em nosso país, essa ideologia tem estado mais claramente presente desde meados da década de 50, quando muitos de seus elementos serviram de base à criação de instituições de reabilitação. Todavia, convivemos com as evidências de que, a despeito da presença de instituições médicas que referem o objetivo de promover a integração da pessoa deficiente em nossa sociedade, à maior parcela dos deficientes brasileiros falta acesso aos mais elementares bens e direitos de cidadania. A exclusão social, face mais expressiva e radical da inequidade, é a condição vivida pela maior parte desse segmento da população.

NALLIN⁶ mostra que os profissionais das instituições de reabilitação descartam a possibilidade de reintegração social. Eles identificam na sociedade, externa ao Centro de Reabilitação, os obstáculos à integração da pessoa deficiente à sociedade: a família não aceita o deficiente - superprotege-o - os empresários não dão emprego, os transportes são inacessíveis e as barreiras arquitetônicas proliferam, entre outros pontos. Todos esses aspectos, de acordo com o olhar técnico, aparecem como problemas que *interferem* na reabilitação, e não como problemas *próprios* à ela.

Mas quais tem sido, afinal, os resultados dessa forma de reabilitação em contexto sócio-político tão diverso daquele no qual foi originado? Quais são os produtos que resultam de uma prática que não encontra correspondência em outros mecanismos sociais de integração?

As contradições que emanam do fato de que o lado de dentro e o lado de fora das instituições aparentemente configuram dois universos distintos e desintegrados, remetem a indagações a respeito das relações que se produzem entre instituição e usuário.

Aqui serão apresentados os resultados principais de investigação que teve por objetivo apreender algumas dessas relações, privilegiando o campo das ações cotidianas dos sujeitos estudados. Nesse sentido, realizou-se uma leitura dos elementos da reabilitação presentes na vida de pessoas portadoras de deficiência física que, tendo sido assistidas em programa de reabilitação, foram consideradas reabilitadas. Para isso, foi necessário adentrar tanto o universo da instituição de reabilitação quanto a cotidianidade dos portadores de deficiência reabilitados.

Cabe afirmar que frequentemente o *cotidiano*, dentro da literatura específica da reabilitação, é apresentado essencialmente por sua natureza pragmática, muitas vezes reduzido a um micro-mundo social onde imperam a mecânica e a banalidade de ações elementares à sobrevivência. Neste estudo, porém, considerou-se que sob a trivialidade de

atividades como vestir-se, alimentar-se, higienizar-se - entre outros atos cotidianos sobre os quais incide a reabilitação - reside a complexidade de um universo político e simbólico no qual essas ações se articulam, conforme afirma HELLER⁵. Nesse sentido, o cotidiano é aqui tratado como palco de mediação entre o particular e o global⁽¹⁾, o que implica em entendê-lo como possível alvo de ações que visam o controle social (FALCÃO e NETTO)⁴.

PROCEDIMENTOS

O estudo desenvolveu-se a partir da definição de uma instituição de reabilitação representativa do modelo médico-institucional de abordagem das deficiências, na qual o processo de trabalho é organizado fundamentalmente para a reabilitação física do usuário. Trata-se de instituição pública situada na cidade de São Paulo que conta com aporte tecnológico considerável, tanto do ponto de vista material quanto humano e goza de legitimidade social.

Documentos normativos e depoimentos dos profissionais informaram sobre a organização do trabalho da instituição. O exame dos prontuários serviu à identificação dos possíveis sujeitos da pesquisa, bem como à coleta de dados relativos ao processo de reabilitação de cada um destes.

Foram sujeitos da pesquisa quatro deficientes físicos adultos, com funções superiores preservadas, egressos da instituição indicada acima em período de tempo variável entre 2 e 4 anos. Estes sujeitos, como já se disse, foram considerados reabilitados pela instituição, ou seja, após terem cumprido integralmente o programa de reabilitação proposto, receberam alta de acordo com critérios técnicos. Embora a definição tenha sido aleatória nesse aspecto, todos são portadores de seqüelas de trauma medular.

Adotou-se a metodologia de Estudo de Caso, um para cada sujeito, associando-se, no processo de análise, dados provenientes de entrevistas, de observações e de documentos. As entrevistas, bem como as observações, ocorreram nos domicílios e/ou espaços de vivência cotidiana dos sujeitos, em 1992. A análise de conteúdo das entrevistas, especificamente, foi realizada com base nas indicações de BARDIN².

RESULTADOS

A ação institucional: um acordo entre seletividade e disciplina

Como já afirmou NALLIN⁶, no discurso da instituição de reabilitação subjaz a idéia de que aquilo que ela tem para oferecer tem grande valor, mas apenas alguns podem aproveitar. Assim, através dos requisitos prévios ao ingresso

⁽¹⁾ Maiores esclarecimentos sobre esse aspecto podem ser encontrados na dissertação da autora, no Cap. II – “A vida cotidiana”.

no programa de reabilitação a instituição delimita rigorosamente o perfil de sua clientela, selecionando do conjunto de pessoas portadoras de deficiência aqueles considerados aptos a usufruir do que a instituição oferece.

Dessa forma, pode-se perceber que várias semelhanças encontradas no contexto de vida cotidiana dos sujeitos pesquisados manifestam-se não como resultados do processo de reabilitação, mas como reflexo da seletividade da instituição que os assistiu. Questionar o sentido dessas semelhanças foi importante para que se pudesse desvelar a própria instituição.

Para ser aceita no programa de reabilitação da instituição a pessoa deficiente deve contar com suportes importantes, tanto afetivos quanto materiais, ter boas condições gerais de saúde do ponto de vista médico e apresentar certa dose de resignação face a situação que está vivendo. As pessoas que não se enquadram nesses critérios, verificados pelos profissionais da triagem, são tratadas de formas distintas, de acordo com a avaliação do potencial de um futuro enquadramento.

Em relação às que não têm assegurado um meio de serem transportadas à instituição, ou que não podem contar com a presença rotineira de algum membro da família nas ocasiões de atendimento, a assistente social é chamada a agir no sentido de buscar o atendimento desses requisitos. Se isso, porém, não ocorrer será recusada pelo programa, tal como acontece com aquelas consideradas portadoras de problemas psiquiátricos, com as que não “aceitaram” a deficiência e aquelas que procuram por assistência que a instituição não oferece.

A perspectiva de progresso do desempenho funcional, avaliada pelo médico no momento da triagem, define substantivamente o ingresso no programa de reabilitação. Não é atendido o portador de deficiência que se considerou não poder obter melhorias nesse campo.

Esses critérios são justificados por sua suposta capacidade de evitar o desperdício de recursos institucionais com aqueles que “não apresentam condições para aproveitá-los”. Note-se que não se trata aqui de proceder a uma seleção daqueles que realmente necessitam dos recursos oferecidos pela instituição, como seria natural em qualquer forma rudimentar de planejamento. Trata-se, isto sim, de avaliar “condições” supostamente favoráveis ao sucesso da ação institucional. Essas medidas, todavia, não têm garantido a adesão dos usuários ao programa – e consequentemente a racionalidade pretendida - pois pode ser observado um elevado número tanto de casos de abandono de tratamento, quanto de altas a pedido da família. Parece, assim, servir mais à manutenção da ordem institucional.

O fato do portador de deficiência ter conseguido ingressar no programa não implica que essa avaliação cessará. Pelo

contrário, permanecerão no programa aqueles que puderem, por um lado, manter as condições que os levaram a ser aceitos e, por outro, oferecer provas de que estariam se beneficiando do que é oferecido pela instituição. Nesse sentido, mensurações objetivas do desempenho corporal seguem paralelas à avaliação moral do comportamento do usuário. Embora seja referido como “comprometimento com o seu processo de reabilitação” é, na realidade, o grau de sujeição à rotina institucional o que está presente nas considerações sobre sua assiduidade ou sua obediência às prescrições técnicas, entre outras. Essas considerações tomam parte nos relatos técnicos, em grande parte das vezes, travestidas em ponderações sobre “força de vontade”, “persistência” e a sempre indefinida “aceitação da deficiência”, mas deixam evidenciar, no entanto, que para a instituição *cliente que aceitou a deficiência é cliente obediente, é aquele que mostra que dá valor àquilo que ela oferece.*

Poder-se-ia argumentar que a questão da assiduidade, apenas para se tomar um dos elementos citados aqui, não pode ser menosprezada no processo de reabilitação. Evidentemente não se pode negar sua importância. Todavia, pode-se questionar porque, ao invés de tomar faltas e ausências como problemas a serem enfrentados e trabalhados pela equipe, dado o contexto social extremamente adverso ao deficiente em nossa sociedade, opta-se por estabelecer a sua negação como condição de permanência do sujeito ao programa.

Paradoxalmente, portanto, a pessoa só seguirá no programa se superar provisoriamente aqueles problemas que são apontados pelos profissionais da área como obstáculos à efetivação do objetivo de reintegração social: a superproteção da família, a falta de transporte, as barreiras arquitetônicas, e tudo o mais que pode estar implicado em deslocar-se duas ou três vezes por semana pela cidade de São Paulo na condição de deficiente, acompanhada por um membro da família com disposição física, afetiva e econômica para tanto. Nesse período, portanto, para a instituição é como se esses problemas não existissem.

Dessa forma, quem “pode” aproveitar o programa, segundo a instituição, parece ser a pessoa que tem um bom prognóstico no que se refere a funcionalidade, não sofreu extensas rupturas em seus vínculos sócio-afetivos, está situada num plano “médio” em termos de condições materiais e apresenta comportamentos “adequados”, ou seja, que não coloca em questão a ordem social e, principalmente, as regras institucionais. Pode não ser a que mais necessita dos recursos que a instituição dispõe.

A pessoa reabilitada será, portanto, aquela que, selecionada da diversidade representada pelo conjunto de pessoas portadoras de deficiência ao ter correspondido ao conceito de paciente ideal, foi modelada institucionalmente

em processo ininterrupto que atua sobre corpo e vontade.

A avaliação inicial realizada pela equipe - graduando, nomeando, atribuindo valores - cumpre a função de legitimar uma série de procedimentos que já estavam previamente estabelecidos para tal ou qual processo patológico específico, servindo apenas à definição de nuances da ação técnica protocolar. A relação se inverte de tal forma que a avaliação das necessidades do sujeito, ao invés de definir os objetivos do programa, é definida por este. Avalia-se apenas os aspectos para os quais o programa tem respostas previamente produzidas.

É interessante notar o sentido prático dado àquela tão antiga quanto freqüente afirmação que refere ser a reabilitação profundamente dependente da cooperação do deficiente no processo de tratamento: serve tanto para se descomprometer com aqueles que “não cooperam”, quanto para justificar uma série de mecanismos de sujeição do deficiente ao tratamento proposto.

O programa, pré-existente, disciplina a ação do deficiente em processo de reabilitação na instituição. Para cada patologia ou incapacidade está definido um conjunto de procedimentos técnicos sequenciais que não se alteram a partir de outros fatores, a não ser o próprio curso do processo patológico. Não tratam de responder a necessidades do sujeito em sua singularidade, mas de torná-lo apto a responder exigências bastante específicas, cujas origens não estão em si mesmo, mas no mundo social. O conteúdo técnico-científico das afirmações produzidas pela instituição, nesse sentido, vem servir à transformação dessas exigências em “necessidades do indivíduo”, acobertando a artificialidade contida nelas e produzindo sua suposta veracidade. Enquanto ideologia científica possibilita que a ordem social apareça como dado natural.

Os reabilitados, a reabilitação e o cotidiano

Tal qual os profissionais da instituição de reabilitação, os sujeitos entrevistados situaram no contexto social a maior parte dos obstáculos, dificuldades e impedimentos cotidianos de suas vidas. Essa foi a fórmula mais usada pelos sujeitos no sentido de afirmar suas próprias capacidades, enquanto criticavam a associação que comumente se faz entre deficiência e invalidez. Essas capacidades, no entanto, são pronunciadas como a conjugação indissociável de habilidades funcionais a valores morais - como força de vontade, determinação, paciência - articulando um discurso que remete ao próprio deficiente a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso de sua reintegração social. Assim, em contradição com a afirmação inicialmente produzida sobre a natureza social dos problemas enfrentados pelo portador de deficiência, os entrevistados atribuem ao esforço

individual a superação desses obstáculos.

A possibilidade de convívio social aparece fortemente associada à adesão às normas sociais - mesmo àquelas consideradas injustas. A “força de vontade”, dessa forma, serve muito mais à representação de sentimentos de esperança, fé e passividade, do que propriamente a uma ação vigorosa movida por desejos conscientes. Não aparecem, no âmbito das verbalizações, reivindicações pelo direito à diferença.

O programa de reabilitação da instituição parece ter sido responsável pelo fornecimento de um grupo de argumentos sobre os quais se assentaram as construções pessoais de cada sujeito, não somente a respeito de sua condição atual, mas também sobre as circunstâncias futuras. Serviu à criação de uma determinada ordem entre ação e pensamento.

Nesse sentido, o processo de reabilitação foi um reordenador da inserção do sujeito na cotidianidade, ou melhor, na específica organização hierárquica da vida relativa a sua classe, como assinala HELLER⁵. Pode-se entendê-lo como o mediador socialmente autorizado a conduzir a relação entre o indivíduo em sua nova condição e o antigo conjunto de normas de intercâmbio social.

Entretanto, se por um lado o que até aqui foi exposto poderia ser tomado como uma evidência de seu sucesso no sentido de controlar a cotidianidade dos portadores de deficiência, por outro é importante que se atente para os movimentos de insubordinação dos sujeitos da pesquisa. Estes, são representados por atos que indicam a existência de firmes determinações pessoais que, como ação criativa, muitas vezes contraria e se superpõe às indicações institucionais.

Nota-se que muitos elementos da reabilitação tomam ou não lugar no cotidiano dos sujeitos de acordo com o significado atribuído a ele pelo próprio sujeito. No embate entre as condições concretas de existência e as idealizações induzidas pela reabilitação, coube aos próprios deficientes, avaliando aspectos objetivos e subjetivos, manter ou não atualizados em sua vida esses elementos. Os equipamentos ortopédicos, as técnicas de controle corporal e as prescrições de exercícios ou atitudes foram adotadas ou não pelos entrevistados através de uma decisão que também levou em conta seus aspectos simbólicos.

Assim, por exemplo, o aparelho ortopédico para membros inferiores, adquirido no processo de reabilitação na instituição, apareceu nos relatos como um elemento de pouca aceitação. Vilma, a única entrevistada a usá-lo para a deambulação, atribui às exigências das condições em que se dá seu trabalho a razão desse uso. Lúcio, por sua vez, é quem mais explicita sua conotação negativa. Para ele o aparelho é um obstáculo: reduz sua possibilidade de ação e reduz sua auto-estima. Muitas soluções particularizadas,

adaptadas, elaboradas face a situações contextuais e singulares da vida (muitas das quais não receberam qualquer atenção por parte da equipe de reabilitação) aparecem como representantes de uma legítima escolha dos sujeitos. A adaptação de um andador, elaborada e realizada por Vilma para tornar viável o uso de seu aparelho para membros inferiores, bem como a criação de maneiras próprias de Arnaldo para realizar transferências posturais são apenas alguns exemplos dessas soluções⁽²⁾.

Com relação às situações de trabalho dos sujeitos, entretanto, não pode ser notada a presença de elementos do programa de reabilitação profissional provido pela instituição. É a informalidade das relações sociais, tanto quanto a marginalidade da inserção no sistema produtivo, as marcas do trabalho dessas pessoas.

Para Arnaldo, para quem as condições, tanto econômicas quanto de trabalho, eram mais favoráveis, o que se viu foi uma manutenção temporária do elo com o mercado formal. O vínculo empregatício estável, aliado ao fato da profissão implicar em exigências corporais menos acentuadas, parece ter adiado o drama da expulsão desse âmbito do mercado. Mas a partir desse momento, sejam quais forem as razões que motivaram essa saída, os sujeitos entrevistados passaram a contar com recursos próprios, que já eram dados antes do advento da deficiência. Condições financeiras que favoreceram empreendimento próprio, como no caso de Arnaldo, ou relações sociais de base afetiva, como no caso de outros sujeitos, foram os aspectos realmente decisivos nesse campo. A reabilitação profissional oferecida pela instituição, tendo optado pela habilitação formal de seus clientes, baseada em supostas aptidões individuais e necessidades do mercado de trabalho, parece não ter ganhado sentido no cotidiano extra-institucional dessas pessoas. A evidência desse fato, ao que nos parece, determinou que se encontrasse na fala de todos os sujeitos entrevistados, em maior ou menor grau, um conteúdo crítico importante em relação à dimensão profissionalizante do processo de reabilitação que vivenciaram.

Finalizando, podemos dizer então que, a nosso ver, a presença do processo de reabilitação na vida cotidiana desses sujeitos apresenta-se sob duas faces. Por um lado, manifesta-se no pensamento e nas ações dos sujeitos o seu caráter disciplinador — reproduções de um discurso ideológico que transmite uma determinada concepção de homem e de mundo orientada à manutenção da ordem social. Nesse sentido, tende a restringir as consciências a determinadas interpretações da realidade e as ações aos limites das normas

sociais. Por outro lado, aparece no cotidiano através de elementos que, tendo adquirido significações particularizadas, determinaram ações e escolhas conscientes.

Todavia, há que ser assinalado o caráter não intencional dos procedimentos técnicos em relação a essas últimas ocorrências. Pelo contrário, algumas delas, como a retomada de Lúcio de sua vida sexual ou a incorporação do andador ao aparelho ortopédico decidido por Vera, entre outros, exigiu esforços consideráveis por parte dos sujeitos quando no processo de reabilitação. Foi necessário burlar, disfarçar, fugir, esconder-se, mentir, arriscar-se e dissimular para se chegar a elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na vida cotidiana de pessoas portadoras de deficiência física que passaram por um processo de reabilitação, como possivelmente na de maior parte das pessoas, se expressam tanto a alienação quanto atos de condução consciente. Os elementos da reabilitação que permanecem atualizados nesse contexto apresentam-se vinculados a essas duas manifestações e, evidentemente, não são seus únicos condicionantes.

Entretanto, pareceu-nos claro que as manifestações de condução consciente da vida aconteceram mais à revelia do processo de reabilitação estudado do que sob seu patrocínio. Nele são almejadas atitudes de “independência” que, restritas à capacidade física e mental de execução de *determinadas ações* e de *determinadas maneiras*, em nada se parecem com atitudes livres. Ao contrário, entende-se que à medida que o processo acrurala desejos e aprisiona a consciência, dificulta a possibilidade dos sujeitos reconstruírem para si uma hierarquia consciente da vida cotidiana, visto que esta só pode ocorrer com base na descoberta individual de necessidades e potências. Limitado a reaprender a manipulação das coisas do mundo consideradas socialmente imprescindíveis à cotidianidade, resta ao portador de deficiência reassimilar e reiterar as velhas normas sociais que estreitam sua margem de ação no campo social.

Às intervenções que pretendem agir sobre o cotidiano cabe uma escolha: ou servem à alienação ou à apropriação do corpo, do espaço e do tempo cotidiano possibilitada pela tomada desse âmbito da vida enquanto lugar de nascimento das contradições entre conhecimento e ideologia.

Essa pode ser uma das formas de se desconstruir um modelo de intervenção que exclui da clínica aquilo que essencialmente representa o sofrimento da pessoa portadora

⁽²⁾ Descrições detalhadas desses exemplos, devidamente contextualizados na história de vida dos sujeitos estudados, bem como outros dados que sustentam a discussão apresentada neste artigo, estão presentes em cada um dos 4 Estudos de Caso contidos na dissertação da autora (Cap. 4).

de deficiência. É preciso retirar do campo do “extra-clínico” as dificuldades da vida real, de sujeitos reais, e com isto povoar a reabilitação. Colocar em evidência não apenas a

abstração implicada na formulação “aumento de capacidades funcionais = maiores possibilidades de inserção social”, como a redução que opera do universo complexo da deficiência.

ALMEIDA, M.C. Handicap and ordinary life: reflexes and reflections about the rehabilitation. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8., n. 2/3, p. 81-6, maio / dez., 1997.

ABSTRACT: The ordinary life of a disabled person who has finished a rehabilitation process is the object of this article. We attempted to identify the effects of the institutional model of rehabilitation proceeding in the quotidian actions and social relationship of people that had already experienced them sometime ago. Within the rehabilitation centers we collected data about the proceeding adopted in relation to people who had experienced the treatment, and specially to the people who were subjects of the research. Also with this subjects were made intensive interviews. We could verify that, although there were many focused rehabilitation actions, only those that acquired a particular meaning in the context of ordinary life were up-to-date. We could also verify that in the ordinary life of a disabled person, are present not only manifestations of autonomous life conduction, but also alienation, which seems to be more connected to the rehabilitation. We have considered that, the intervention which really intend to create autonomy has to make a choice in order to break completely all the actions to control the ordinary life.

KEYWORDS: Rehabilitation, trends. Rehabilitation, methods. Health promotion, trends. Disabled persons.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C. *A pessoa portadora de deficiência física em seu cotidiano: reflexos e reflexões sobre a reabilitação*. São Paulo, 1993. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
2. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70/ Persona, 1979.
3. BRAGA, J.C.S., PAULA, S.G. *Saúde e previdência - estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
4. FALCÃO, M.C., NETTO, J.P. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez, 1989.
5. HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
6. NALLIN, A. *A reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos. Análise de representação no discurso*. São Paulo, 1992. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Recebido para publicação: 15 de abril de 1997

Aceito para publicação: 29 de abril de 1997

HISTÓRIA DE VIDA: UMA TÉCNICA DE APROXIMAÇÃO DA REALIDADE

MARIA INÊS BRITTO BRUNELLO*

BRUNELLO, M.I.B. História de vida: uma técnica de aproximação da realidade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 87-90, maio / dez., 1997.

RESUMO: A partir de uma pesquisa feita com 4 pacientes psiquiátricos, na qual eles narram com detalhes, as suas histórias de vida, foi possível revelar o processo de perdas pelo qual passaram, uma vez inseridos em um ciclo psiquiátrico. O relato oral é uma técnica no qual o entrevistado torna-se ator de sua própria história, que possibilita, a partir de narrativas individuais, produzir e sintetizar histórias de culturas, de instituições ou de grupos sociais específicos.

DESCRITORES: Saúde mental. Pesquisas, métodos.

A i com 32 anos eu estourei. Estourei, foi sem ninguém saber; estudei uma explosão de madrugada dentro de casa. Quebrei tudo que tinha dentro do meu quarto, e aí quando desconfiaram que não era, não estava sendo normal aquelas pancadas, aí foram bater na porta do quarto... Aí pronto: está louca, está louca e saiu a conversa no mundo inteiro... Conclusão: fui chegar na psiquiatria. Aí eu morri de verdade. (M.J.)

Este é um pequeno trecho da história de vida de uma pessoa que conheceu de perto o sofrimento psíquico. Uma história contada em apenas 6 horas, mas que foi vivida no decorrer de 48 anos.

Este texto se propõe, justamente, a discutir e mostrar alguns pontos importantes do uso do método biográfico em uma investigação científica.

Vários autores, entre eles, BERTAUX² e HAGUETTE⁵, que utilizam este método afirmam que é possível, através dele,

ir muito além das histórias pessoais, pois produz e sintetiza a história de culturas, de relações sociais, de instituições ou de grupos sociais específicos. Segundo BRIOSCHI e TRIGO³, é um método onde a temporalidade contida no relato individual é remetido ao tempo histórico; é dinâmico, pois apreende as estruturas de relações sociais e os processos de mudança; é dialético, pois teoria e prática são constantemente colocadas em confronto durante a investigação.

Exige uma mudança de postura na relação entre pesquisador/pesquisado pois ao se aceitar a idéia de que as relações sociais não são estáticas nem imutáveis, deixa-se de lado a exigência da neutralidade e da objetividade, partindo para uma postura de comunicação e reflexão. Como enfatiza BERTAUX²:

"A vida social é composta de forças, cujos resultados são imprevisíveis. Não existem leis sociais do tipo das leis físicas, ou seja, eternas, precisas, agindo sobre o Universo.

* Professora Assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-160 São Paulo, SP. email: centroto@edu.usp.br

Nossas leis são criadas e desenvolvidas pela história humana". (BERTAUX, 1981, p.81).

BRIOSCHI e TRIGO³ continuam dizendo que se deve levar em conta que há uma grande diferença entre o processo de conhecimento do Homem e o da Natureza, pois o investigador se depara, no primeiro, com um objeto que:

"reage à sua presença, detém um saber que lhe é próprio decorrente de sua experiência de vida, capaz de atribuir significado às suas ações e ao seu discurso, expressando e articulando seus pensamentos à sua maneira" (BRIOSCHI e TRIGO, 1987, p. 68).

O objetivo de minha pesquisa foi poder explicitar as "perdas" e sofrimento que vão ocorrendo durante o processo da doença mental, através de histórias narradas. Parti do princípio de que isso só poderia ser realmente compreendido, se contado pelos pacientes, e não por aqueles que permanecem apenas "ao lado" da loucura. Considero importante deixá-los falar, ouvir suas histórias, seus desejos, seus sentimentos de perda e abandono, para que pudesse me aproximar de suas reais necessidades. Assim, foi necessário ouvir o indivíduo que sofre não para aprisioná-lo aos conceitos terapêuticos, mas para capacitá-lo a novas conquistas e reconquistas.

Para isso, procurei me apoiar em uma metodologia que viabilizasse apreender a verdade complexa e multidimensional dos fenômenos estudados, de uma forma ampla e profunda, e com um máximo de aproximação da realidade. Uma metodologia onde ficasse evidentes as vivências, valores e crenças de cada indivíduo.

Utilizei-me, como procedimento para a coleta dos dados, de relatos de vida de quatro pacientes do Centro de Atenção Psico Social (CAPS)*. Narrativas construídas pelo próprio relator. Meu papel, portanto, foi de compreender a realidade vivida pelos pacientes para que pudesse construir o objeto de conhecimento desta pesquisa; uma construção que exigiu constante reflexão e interpretação sobre as informações disponíveis e uma análise dos fatos e de suas relações.

Durante o tempo em que desenvolvi os grupos no CAPS, vínculos importantes se formaram entre mim e os usuários do centro. Essas atividades proporcionaram-me um contato mais próximo com eles e um conhecimento maior de suas histórias, não apenas dos sofrimentos e perdas, como também das mudanças e crescimento.

Foi, então, que quatro pacientes foram escolhidos: uma escolha baseada no vínculo, numa história de convívio e de crescimento mútuo.

As entrevistas perfizeram uma média de 6 horas para

cada um, num prazo de 2 meses, e foram feitas da forma mais aberta e livre possível, com um mínimo de interferência. Foi pedido que falassem de suas vidas, de forma que os pontos ressaltados, a ordem cronológica e a escolha do tema foram definidos pelos próprios entrevistados. Apenas em alguns momentos houve perguntas diretivas sobre certos aspectos da experiência de vida, quando buscava obter dados informativos a respeito de determinados pontos.

A cada um foi explicado qual era a proposta desta "conversa" e para que serviria. É importante sempre lembrar que contar a própria história pode ser algo bastante doloroso e trazer lembranças de muito sofrimento, principalmente para essas pessoas. Todos os limites do entrevistado devem ser respeitados. Uma das pacientes dizia claramente que não era fácil falar das coisas ruins que já tinha passado.

Para alguns, começar a história era difícil, para outros mais tranquilo. Alguns perguntavam: "Mas por onde eu começo?" "Minha história é tão longa!" Para estes dava algumas sugestões, tais como: "Porque não começa por uma fase da vida que você mais se lembra?" Ou mesmo propunha que dividisse a sua vida em três grandes fases: infância, adolescência e adulta.

Notava que, à medida que se sentiam mais à vontade nos "encontros", iam lembrando cada vez mais do que falar, mais detalhes iam incluindo na sua narrativa. Alguns chegavam até a relatar que era "bom falar sobre certas coisas pois ajudava a desabafar" (SIC).

A história nem sempre acontecia numa ordem cronológica. Os fatos iam e voltavam no tempo de acordo com as lembranças e muitas vezes se repetiam. Deixava que esse livre falar acontecesse.

Geralmente pedia para o paciente escolher o lugar do encontro: a sala que mais gostasse, o sofá mais confortável, o banco lá de fora. Alguns chegaram a fazer desenhos enquanto conversávamos, outra solicitou, após os 5 encontros, uma massagem no final de cada relato.

A história de vida proporciona, então, "uma compreensão por dentro dos indivíduos, e um entrar em contato com a concepção de dinâmica e de interação e com conflitos que presidem a prática do cotidiano. (...) Busca (a história de vida) captar, em forma permanente, os depoimentos daqueles que viveram as mudanças e fizeram parte de um passado que, ainda próximo, está sempre em vias de ser superado. E o material obtido nas histórias de vida será o fato ou o acontecimento em sua apresentação subjetiva, os eventos vistos sob o prisma e crivo perceptivo do narrador." (BRIOSCHI e TRIGO, 1987, p.635).

É importante frisar que as entrevistas constituíram o eixo

*CAPS - Unidade da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo voltada ao atendimento de usuários com graves distúrbios psiquiátricos.

para o desenvolvimento do meu trabalho de pesquisa, sendo determinantes para o aparecimento de novas idéias e novas questões, na medida em que, muitas vezes, sugeriram a tomada de outras direções ou mesmo a determinação de novas áreas de investigação.

O momento da narrativa é uma etapa do trabalho onde ocorre um processo de comunicação e interação, na qual a neutralidade da observação é substituída por constantes questionamentos e interpretações, que envolve não só as características e o momento pessoal do entrevistado como também as do entrevistador. É um momento de comunicação em que ambos levam para a situação de entrevista seus padrões morais, sua formação profissional, seus modelos culturais. O material que se obtém é uma representação dos fatos da vida do “ator social” (HAGUETTE⁵ utiliza esse termo para distinguir daquele sujeito que simplesmente responde às questões de uma entrevista). É um trabalho de interpretação constante pois:

“o narrador conta sua vida segundo suas categorias de valores e seus códigos morais e temporais, hierarquizando, valorizando ou desprezando determinados aspectos, reafirmando outros, sempre sob o seu prisma pessoal e subjetivo. É uma narrativa na qual o herói é o narrador que dá uma interpretação pessoal sobre os fatos de sua própria vida. Fica claro, pois, que nas narrativas de histórias de vida a subjetividade está presente em toda a sua amplitude, fornecendo uma determinada versão dos fatos onde lacunas espaciais e temporais estão presentes. É necessário, assim, que na opção pelo método biográfico esteja implícita a aceitação da subjetividade e da intencionalidade do narrador”. (BRIOSCHI e TRIGO, 1987, p.633).

Depois que terminei o registro das histórias desses pacientes, fui reunindo e levantando os temas que eram freqüentes na fala de todos eles. Foi possível, então, fazer um mapeamento dos assuntos relevantes a todos eles e buscar caminhos por onde a pesquisa poderia seguir.

Pude, assim, a partir de histórias individuais, fazer uma reflexão e investigação das dinâmicas institucionais psiquiátricas, das propostas terapêuticas em Saúde Mental, e as consequências de um tratamento alienador e excluente.

A história de vida nos proporciona trabalhar com um processo interligado de coleta e análise contínua, e também

com um transitar constante entre teoria e realidade e compreensão do que os dados significam, o que implicam e para onde levam.

Mas como lembra ANDRÉ¹, o problema mais sério do uso de dados qualitativos parece ser a quase inexistência de métodos apropriados de análise.

“Existem poucas diretrizes que possam dar ao pesquisador alguma confiança de que suas interpretações e afirmações são de fato uma representação aproximada da realidade e não mero fruto de suas pré-concepções”. (ANDRÉ, 1983, p.67)

Por isso, essa autora coloca que ao invés de análise de conteúdo, o mais certo seria dizer, nesse caso, “análise de prosa”, pois o que se busca é a investigação do significado dos dados obtidos. Pois, nos relatos de vida, incluímos as mensagens intencionais e não intencionais, as explícitas e implícitas, verbais ou não verbais, solicitando não só o conhecimento lógico, intelectual, objetivo do pesquisador, mas também uma abertura para o conhecimento pessoal, intuitivo, subjetivo e vivencial.

Assim, esta autora acredita que a subjetividade e a intuição têm um papel importante no processo de análise.

“Cada pesquisador tem perspectivas, propósitos, experiências anteriores, valores e maneiras de ver a realidade e o mundo que, ao interagirem com o objeto pesquisado, orientam o seu foco de atenção para problemas específicos, mensagens determinadas, aspectos particulares. Se, pois, por um lado devem existir métodos para tratar dados qualitativos, por outro lado é necessário o reconhecimento do papel da intuição e da subjetividade no processo de selecionar, categorizar e interpretar a informação” (ANDRÉ, 1983, p.70).

Concluindo, trabalhar com histórias de vida exige a todo tempo, desde a coleta dos dados até as conclusões finais, constante análise, articulação das partes do real e interpretação das mensagens transmitidas, a fim de que se consiga apreender as dinâmicas e relações estabelecidas pelos indivíduos durante sua vida, para depois, remeter estes dados pessoais a um tempo histórico social. É um trabalho de construção, por parte do investigador, que vai reunindo as informações e explicitando o objeto de conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRÉ, M.E.D.A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cad. Pesq.*, v. 45, p. 66-71, 1983.
2. BERTAUX, D. From the life-history approach to the transformation of sociological practice. In: Beraux, D., org., *Biography and society. The life history approach in the social sciences*. London: Berkeley, 1981. Cap.2.
3. BRIOSCHI, L.R., TRIGO, M.H.B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. *Rev. Ciênc. Cult.*, v. 39, n. 7, p. 631-7, 1987.
4. BRUNELLO, M.I.B. *Loucura: um processo de desconstrução da existência*. São Paulo, 1992. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
5. HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

Recebido para publicação: 27 de março de 1997

Aceito para publicação: 15 de abril de 1997

PSIQUIATRIA E TRATAMENTO MORAL: O TRABALHO COMO ILUSÃO DE LIBERDADE

ELISABETE FERREIRA MÂNGIA*

MÂNGIA, E.F. Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 91-7, maio / dez., 1997.

RESUMO: A instituição psiquiátrica no Brasil se consolida no início do século, caracterizada pelo projeto de medicalização das instituições destinadas à reclusão dos loucos e pela proposição de criação de novas instituições que tomavam como modelo as experiências européias e norte-americanas do open-door. Em São Paulo, com Franco da Rocha e a criação do Juqueri, temos o exemplo do apogeu desse processo. Através de textos da época recordamos os aspectos que caracterizam o projeto de ordem institucional, pautado nas premissas do tratamento moral e adequados a um momento onde a psiquiatria já afirmava a incurabilidade das doenças mentais e propunha o trabalho como estratégia central para os incuráveis e para a auto suficiência da instituição.

DESCRITORES: Hospitais psiquiátricos, história. Psiquiatria, história. Reabilitação, história.

CONSTITUIÇÃO DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL; FRANCO DA ROCHA E A EXPERIÊNCIA DO JUQUERI

O asilamento da loucura surge ligado a uma sensibilidade social que passa a ver o louco como um perigo à convivência urbana e como já nos mostrou FOUCAULT⁸, a psiquiatria emerge secundariamente à imposição do internamento, construindo um conjunto de justificativas que passam a legitimá-lo como terapêutico. No Brasil a emergência da instituição psiquiátrica caracterizou-se por dois momentos distintos, o primeiro ainda no Império, é gestado a partir de 1830 quando a situação dos loucos depositados nas prisões e na Santa Casa passa a ser denunciada pelos médicos do Rio de Janeiro que colocam a necessidade de criação de uma instituição específica para o asilamento dos insanos. Isso ocorre antes

mesmo do discurso psiquiátrico ter penetrado definitivamente no país. Curiosamente, a decisão pela criação de tal instituição é proclamada em um dos atos assinados na coroação de D. Pedro II como imperador, em 1841 (MACHADO et al.)¹¹.

O Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 e outras instituições que são inauguradas no Império, respondem às questões iniciais da urbanização de cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo, não configurando ainda a gestão médica da instituição psiquiátrica que só irá ocorrer no período republicano, no qual a direção médica na administração e gestão do asilo inaugura a chamada “Psiquiatria científica”, caracterizada pela consolidação da disciplina psiquiátrica que passa progressivamente a ampliar seu raio de ação em direção a uma série de questões sociais, tais como: a criminalidade, a prostituição, o alcoolismo, a educação das crianças (MACHADO et al., CUNHA, COSTA)^{11,6,5}.

* Professora Assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Elisabete Ferreira Mângia. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-160. São Paulo, SP. email: centroto@edu.usp.br

O discurso do tratamento moral no Brasil surge vinculado ao projeto de asilamento científico projetado para realizar-se inicialmente no Juqueri, em São Paulo. Antes disso, o asilo de São Paulo, também inaugurado em 1852 como o Hospício D.Pedro II, foi severamente criticado por seus administradores e pela medicina por não dispor de condições mínimas para o tratamento de seus internos.

Franco da Rocha (1864-1937), ao assumir o cargo de médico no velho asilo, em 1893, passa a defender o projeto de construção do Juqueri, contrapondo-se a duas proposições concorrentes: a deliberação legislativa de 1891 que propunha a criação de colônias para alienados em cidades do interior do Estado, distantes da capital, e a proposta dos republicanos, liderados por Cesário Mota, que propunham a construção de um asilo na capital que seria ligado à futura faculdade de medicina. Seu projeto acaba vitorioso, e em 1896 assume a direção do velho asilo e posteriormente a do Juqueri, que inicia seu funcionamento em 1898 (DIAS, MÂNGIA)^{7,12}.

A CENTRALIDADE DO TRABALHO NO REGIME ASILAR

É nesse contexto de transição do velho para o moderno asilo que encontramos os primeiros textos que defendem que a ordem asilar deve estar subordinada a um rigoroso regime de trabalho realizado pelos internos. Franco da Rocha pode ser considerado o mais importante ideólogo dessa proposta em nosso país, associando proposições trazidas dos autores europeus contemporâneos com a prática desenvolvida naquela que se tornou a instituição modelo brasileira do início do século e das décadas subsequentes (MÂNGIA)¹².

Podemos afirmar que foi em São Paulo que a proposta de asilamento científico atingiu seu apogeu. O perfil das práticas que passam a ser desenvolvidas nessa instituição, herda as concepções do tratamento moral europeu, que não foi característico apenas das instituições psiquiátricas mas do conjunto das instituições disciplinares (FOUCAULT)⁹, desenvolvendo-se principalmente através da temática do trabalho como produtor de uma nova sociabilidade e como promotor da saúde moral da população internada (CASTEL)⁴.

Apesar da exiguidade de textos sobre essa questão, a abordagem empreendida por Franco da Rocha constitui-se como eixo central daquilo que será defendido pela psiquiatria nascente, caracterizando os princípios do tratamento moral adotado nas instituições brasileiras que, tardio em relação ao modelo inaugural europeu e norte-americano, já tráz em si elementos do chamado pessimismo terapêutico, que no século XIX caracterizou a percepção da psiquiatria em relação à incurabilidade de um grande número de doentes mentais e cuja influência podemos, sem exagero, localizar até os nossos dias na maioria das instituições psiquiátricas (AMARANTE, CUNHA, RESENDE)^{1,6,13}.

O Juqueri constituiu-se numa estrutura composta por um “Hospital Central”, onde a psiquiatria exercitou o seu saber através de procedimentos como banhos, clinoterapia, traumas e outras práticas que incidiam com violência sobre o corpo do internado e pelas “Colônias Agrícolas”, para onde eram encaminhados aqueles considerados incuráveis que deveriam produzir, através de seu trabalho, a auto-suficiência da instituição.

Franco da Rocha traz, em poucos de seus textos, a discussão sobre o papel do trabalho na vida institucional. Desses textos extraímos elementos com os quais tentaremos salientar aspectos que possam caracterizar com maior precisão como desenvolveu-se, no asilo, essa proposta.

Em texto datado de 1889, “*A questão do trabalho nos hospícios*”, Franco da Rocha¹⁴ articula pela primeira vez a justificativa mais elaborada sobre a defesa do trabalho no hospício como resposta às críticas de que foi alvo através da imprensa. Para provar que a orientação que domina tanto no velho hospício de São Paulo como no novo Juqueri, que ainda inicia sua atividade, é totalmente científica, apoia-se na opinião de vários alienistas europeus, seus contemporâneos (HAC TUKE, KRAEPELIN, EDWARD O'NEILL, CLOUSTON, e outros, apud ROCHA, 1900)⁴, que defendem o valor do trabalho para os alienados e para a instituição.

A primeira questão levantada parte da condenação da ociosidade, vista como nefasta para qualquer homem seja sô ou doente. Ao trabalho atribui-se a capacidade de afastar os fantasmas mórbidos, maus hábitos e tendências destrutivas e de canalizar o fluxo das energias nervosas, que se não encontram canal numa ocupação organizada manifesta-se como energia destrutiva, podendo trazer muitos prejuízos para a instituição. Assim o trabalho colocaria freio à loucura não permitindo suas atabalhoadas manifestações e contribuindo para a ordem e economia institucional.

Outra vantagem apontada é a de que através dos exercícios físicos exigidos pelo trabalho as funções fisiológicas seriam estimuladas, garantindo aos doentes melhores condições de sono e nutrição. Além disso, existe o aspecto moral e pedagógico do trabalho enquanto instaurador de novos hábitos, forjando um modelo a ser seguido por todos aqueles que desviaram-se do curso normal da vida.

“... é a chave da abóboda do tratamento moderno da loucura, sendo também um valioso contingente do bom exemplo que se deve dar à classe dos que estão sempre prontos a fazer o mal, em virtude de aberração mental, ou a nada fazer por falta de ocupação” (ROCHA 1900, p. 90)¹⁴.

O trabalho na agricultura é visto como o mais indicado por ser aquele que exige menos esforço intelectual, além de ser realizado “em plena liberdade”. Em segundo lugar, Franco da Rocha preconiza o trabalho realizado em oficinas

implantadas na instituição:

"Não há dúvida alguma que a agricultura constitui a ocupação mais apropriada, tanto para os loucos crônicos como para os convalescentes. No trabalho da agricultura uma grande maioria de doentes voltará de novo à sua atividade habitual; mas, abstraindo mesmo desse fato, a agricultura em si é a mais favorável das ocupações para os loucos. A diversidade de serviços, o constante movimento em liberdade, a modesta aplicação de inteligência que esse trabalho exige, a satisfação em ver o crescimento das plantas e dos animais, sem que venha perturbá-la o medo de insucesso, tudo isso concorre para que a agricultura exerça uma influencia curativa notável sobre o estado físico e mental dos doentes" (ROCHA 1900, p. 91)¹⁴.

A essa argumentação soma-se a defesa da construção de colônias agrícolas, junto a todos os asilos psiquiátricos pois, o trabalho no campo poderia, segundo a psiquiatria moralizadora, resgatar a humanidade perdida na loucura. Muito valorizada no texto de Franco da Rocha, cujos argumentos vêm sempre reforçados por citações de teóricos europeus, essa proposta parece que já se encontrava plenamente incorporada aos discurso e práticas da psiquiatria nacional nascente.

Preconiza-se a indicação de diferentes trabalhos para os internos de acordo com o sexo e classe social. Só meados dos anos vinte, observamos a orientação que considera que as indicações de trabalhos sejam concordantes com o diagnóstico definido para cada doente. Assim, para cada diagnóstico teríamos uma indicação diferente, mas no início das experiências institucionais nacionais essa questão ainda não estava completamente colocada.

"A cozinha e a lavanderia são lugares de trabalho para doentes de classe inferior, ao passo que as ocupações de caráter mais elevado são próprias principalmente para os que estão habituados com elas. O cuidar dos seus companheiros de infortúnio, até onde for possível e sem perigo, é ótima ocupação para ambos os sexos" (ROCHA 1900, p. 89)¹⁴.

A defesa insistente da positividade do trabalho contra a negatividade do ócio tenta resignificar toda a realidade institucional que é de aprisionamento e de total vazio existencial, para legitimá-la. Os argumentos sobre a relação entre trabalho e recuperação da saúde ou normalidade perdida, todos muito frágeis e nada convincentes se pensados a partir da legitimidade científica que reivindicam, parecem suficientes aos olhos da psiquiatria e são reforçados e até superados pelos argumentos de ordem econômica, mais relacionados ao ideário de progresso social da época, de que o trabalho realizado pelos doentes na instituição pode garantir sua quase

completa manutenção e até sua autonomia econômica.

Assim, o trabalho, além de ser considerado mantenedor da ordem e tranquilidade institucional, pois estando uma grande parcela de internos ocupados pelo trabalho contínuo e produtivo, diminui-se a agitação, as brigas e a desordem institucional, poderia gerar recursos significativos desobrigando o Estado desse encargo.

Franco da Rocha justifica que, como a maior parte dos habitantes do hospício é composta de trabalhadores rurais, acostumados ao trabalho diário com a terra, isso os torna aptos para submeterem-se à orientação defendida. E reforçando suas conclusões cita exemplos de internos que após terem, supostamente, recuperado sua saúde mental através do trabalho, voltam ao hospício na condição de empregados.

Os argumentos iniciais não aparecem muito aprimorados nem mais sólidos na avaliação que Franco da Rocha faz, em 1912, dos vinte anos de sua administração na assistência aos alienados em São Paulo. Nesse momento o psiquiatra, muito mais respaldado na experiência do Juqueri, recoloca a importância do trabalho ilustrando seus comentários com a descrição de fatos ocorridos na instituição e considerados significativos.

A defesa do trabalho para todos os internos aparece novamente ligada à possibilidade da auto-suficiência institucional, ou seja, para Franco da Rocha a assistência pública aos doentes mentais e a realização do projeto das colônias agrícolas só é possível na medida em que a exploração do trabalho da população internada possa produzir recursos suficientes para a manutenção de grande parte dos gastos institucionais, libertando o Estado do que considerava um grande ônus.

Percebe-se também que a questão do trabalho não é mais defendida na perspectiva de ser a mola mestra do tratamento moral. Aparentemente o autor abandona a tentativa de respaldar seus argumentos num discurso médico-científico, como vimos no texto inicial. A produtividade do trabalho nas colônias ocupa totalmente a atenção do psiquiatra e torna-se a grande estratégia de viabilização do asilo. Por outro lado, no contexto global da produção teórica da psiquiatria nacional, fala-se muito pouco sobre esse tema, as virtudes do trabalho aparecem como algo já muito assimilado pela cultura institucional e social, o que sugere a não necessidade de elaboração de argumentos e justificativas mais eloquentes na defesa do tratamento moral e escamoteamento da exploração da força de trabalho da população internada, como nos textos europeus. Há, nos textos consultados, um grande silêncio sobre a situação de vida dos internos, a instituição é algo quase que naturalmente dado e aceito. A discussão apresentada reflete apenas a preocupação com a promoção da melhoria do modelo institucional, associando a ele novos recursos, ampliando suas instalações e, principalmente, com

a defesa da criação de condições para o desenvolvimento científico da psiquiatria, não importando o fato dessa prática realizar-se num campo de encarceramento e exclusão social em expansão.

Incomoda ao psiquiatra o fato do asilo assemelhar-se muito a uma prisão e como solução para essa contradição coloca-se a discussão sobre o trabalho como propiciador da ilusão de liberdade perdida na situação de confinamento. A argumentação sobre o valor do trabalho aparece ainda vinculada à condenação da ociosidade:

"A ociosidade é o que há de mais subversivo tanto para o espírito do louco como para o normal. Para eles a aparência de liberdade, associada ao trabalho moderado e proveitoso, nas colônias agrícolas, é a bênção da civilização" (ROCHA 1912, p. 6)¹⁵.

Para Franco da Rocha a instalação da colônia agrícola trouxe para o Brasil uma novidade importante pois só ela estabeleceu o “regime da liberdade, para os que dela podiam gozar” (ROCHA 1912, p. 6)¹⁴. Embora deixando claro que essa noção de liberdade no asilo tem características próprias e deve ser sempre graduada de acordo com o estado mental dos internos e seu comportamento.

"A liberdade quando se trata de doidos, não pode deixar de ser mui relativa. A preocupação de evitar o aspecto de prisão, de dar ao asilo aparência de habitação comum, tem sido um pouquinho exagerada por alguns alienistas. O caráter de prisão é, entretanto inevitável; quando não estiver nos muros e janelas gradeadas, estará no regime, no regulamento um tanto severo, indispensável para um grande número de doentes. Esse regime, porém, não impedirá o gozo de ampla liberdade aos que se acharem em condições de usufruir-la". (ROCHA 1912, p. 8)¹⁵.

A primeira colônia foi inaugurada em 1898 e para lá foram transferidos 80 internos que encontravam-se asilados em Sorocaba, local onde Franco da Rocha iniciara sua experiência a partir da estratégia de esvaziamento do hospício da cidade de São Paulo, que encontrava-se superlotado. Esses 80 homens, considerados tranqüilos e adaptados ao trabalho agrícola foram os “primeiros hóspedes que vieram inaugurar a colônia agrícola de Juquery” (ROCHA 1912, p. 8)¹⁵.

Em 1901 foi transferido o restante da população masculina do velho asilo e tudo indica que foram esses homens que continuaram o trabalho de construção do novo asilo, pois só dois anos depois as mulheres foram para ele levadas, completando assim o esvaziamento do velho asilo.

"Ai eram eles ocupados (os que podiam trabalhar) em serviços de jardim, pomar, arborização, etc. O asilo foi levantado em campo inculto; tudo estava por fazer. Não havia no local nem uma única árvore que assinalasse trabalho da mão do homem" (ROCHA 1912, p. 9)¹⁵.

Desde 1899, Franco da Rocha passou a morar no Juqueri, em uma residência para ele especialmente construída, coordenando de perto a nova empreitada. O trabalho a ser feito para viabilizar as colônias passa a ser distribuído aos internos, realizando assim a missão de aliviar o Estado dos gastos com a população internada. Assim aparece descrita a organização da rotina asilar:

"Um grupo de asilados ficou encarregado de cuidar dos suínos: transportar todos os dias das diversas seções do asilo os restos de alimentos aproveitáveis a essa criação.

Outro grupo foi residir numa chácara, junto à horta, para lavrar a terra e fornecer verduras a todo estabelecimento.

Ainda outro grupo foi destinado à cultura de cereais e de forragem para as vacas de leite.

É fácil de compreender que a turma dos lavradores cuidou sempre de múltiplos serviços, pois o trabalho de plantações é periódico. Nos intervalos de folga, principalmente no inverno, faziam-se estradas, estabelecendo-se comunicações fáceis entre as seções do asilo; consertavam-se as que já existiam; melhoravam-se os fechos de pastos e faziam-se mil outros dos pequenos trabalhos próprios de qualquer fazenda.

Mais um grupo de insanos teve a seu cargo a criação de vacas de leite: cortar capim todos os dias, trazê-los para a cocheira, fazer as camas, transportar os detritos para as estrumeiras, enfim, preparar toda a alimentação e cuidar do asseio do gado.

A conservação da linha férrea que serve às diversas seções do estabelecimento é serviço de outra turma de asilados. Nos trabalhos de conservação do estabelecimento encontram-se pintores, pedreiros, jardineiros, todos inquilinos do asilo" (ROCHA 1912, p. 10-1)¹⁵.

Dessa descrição depreende-se que os internos passaram a construir e manter todo o funcionamento asilar e inclusive gerar recursos para sua ampliação. A ordem asilar era mantida pelo trabalho, preenchendo todo o tempo dos internos. É clara também a intenção de descharacterizar a relação de servidão estabelecida ao chamar de hóspedes ou inquilinos os habitantes do asilo. Na defesa dessa estratégia Franco da Rocha exemplifica os milagres que o trabalho opera na transformação de um perturbador da ordem em dócil trabalhador do campo:

"Até o Santo de Barretos, o tão falado demente que se tornou em São Paulo o causador inocente de uma epidemia religiosa, trabalha hoje nas plantações de Juquery com adorável placidez e beata abnegação. Transformou-se num pacífico e laborioso lavrador" (ROCHA 1912, p. 11)¹⁵.

Esse texto também deixa claro que o tratamento moral é

antes de tudo um sistema de disciplina onde a melhoria da enfermidade detecta-se através da aquisição de um comportamento regular e socialmente útil que é sempre recompensado. Os grupos de internos eram sempre acompanhados por dois funcionários do asilo, Franco da Rocha tenta convencer o leitor que esses funcionários não exerciam apenas o papel de vigilantes, nem tampouco obrigavam ninguém ao trabalho, mas não nega as estratégias de convencimento e gratificação àqueles que trabalhassem.

"É natural que se procure, como temos feito, atrai-los ao serviço por meio de regalias, não só relativas à alimentação, mas também à outros gozos: - o fumo, a liberdade de passear, etc." (ROCHA 1912, p. 12)¹⁵.

Em sua avaliação Franco de Rocha apresenta os dados da produção nas colônias, expondo também seu projeto para aumento da produção agropecuária já instalada e para instalação de indústrias para fabricação de utensílios de uso doméstico. Essa preocupação aparece vinculada a avaliação sobre o aumento da população internada, que já chegava a 1400 pessoas em 1912.

"Só esperamos oportunidade para montar oficinas e cuidar dessas indústrias. O que se tem feito até agora tem sido em pequena escala: não satisfaz às exigências da babilônia, que é atualmente o Hospício de Juquery" (ROCHA 1912, p. 28)¹⁵.

A preocupação pela sobrevivência do asilo acentua-se quando Franco da Rocha aponta que desse total de internos apenas a décima parte trabalha e consequentemente paga sua manutenção. A produtividade dos internos é vista como vital para a existência do projeto das colônias embora, no texto, o autor faça a ressalva de que não é só a produtividade que deve ser valorizada mas o significado moral dessas atividades.

"Não se deve levar, entretanto, olhar somente o valor da produção, que é grande, mas também o lado moral da questão. O insano que trabalha e vê o resultado de seu suor, sente-se mais digno; sai da condição ínfima de criatura inútil e eleva-se a seus próprios olhos; adapta-se ao modus vivendi que lhe suaviza grandemente a desgraça. A consciência do próprio valor pessoal revive no indivíduo, que, de outro modo, seria uma carga pesada e inútil para a parte sã da sociedade... A ocupação ao ar livre, que lhes concede a aparência de liberdade, diminui-lhes extraordinariamente a angustia, a ansiedade, o mal estar que os atormenta na prisão sem trabalho" (ROCHA 1912, p. 18)¹⁵.

Assim, por meio da fabricação de uma conduta social e moralmente boa cria-se a ficção da emancipação do sujeito para a vida social e para o autodomínio dos próprios desvios,

paixões e ataques de fúria, emancipação essa possível apenas dentro dos domínios institucionais e que consegue colocar entre parênteses a objetividade da loucura, como um fenômeno humano e real e para o qual a psiquiatria e seu poder de confinar aparecem como a única alternativa social aceita e válida.

Em meados dos anos vinte, já com Pacheco e Silva na direção do Juqueri, é em Guimarães Filho que encontramos novamente a defesa das vantagens econômicas da exploração do trabalho da população internada que parece prevalecer sobre qualquer argumento terapêutico. Supomos que frente as expectativas da opinião pública nacional da época, não foi necessário um discurso mais sofisticado para dar legitimidade a arbitrariedade da institucionalização e ao caráter prisional de internação psiquiátrica. Neste momento se pelos avanços da psiquiatria, os ganhos terapêuticos do trabalho para os internos não são mais validados, os ganhos econômicos para a instituição aparecem claramente demonstrados e valorizados.

"Quanto á parte econômica vemos que esses indivíduos em vez de constituírem um ônus para o Estado, como costuma acontecer, passam a ser pelo contrário, pelo aproveitamento de suas aptidões, uma fonte de renda para o hospital. Assim em 1923 trabalharam uma média de 458 doentes, que produziram a enorme soma de RS.333:276\$815 réis; em 1924 foram aproveitados 518 doentes, dando o resultado de RS.373:801\$635, que o Governo deixou de dispensar.

Como vemos pelas cifras acima não pode deixar de ser levada em conta a parte econômica do problema, que não só traz uma elevada renda ao hospital, mas ainda reverte em um bem estar relativo aos doentes pela melhoria de sua alimentação e outras pequenas regalias, que não poderiam ter, se ai não fossem cultivadas e preparadas. Mas muito superior a essas vantagens estão as de ordem higiênica e humanitária" (GUIMARÃES FILHO 1926, p. 17)¹⁰.

O trabalho aparece como a última e única alternativa para quem a psiquiatria não pode oferecer a cura mas mantém confinado. Tem direito ao trabalho apenas parte dos habitantes das colônias, os homens calmos e moderados, os demais permanecem nos grandes pátios fechados. O idealizado sistema de "open-door" e de trabalho agrícola para todos tornou-se "open-door parcial" em cinco colônias e "total" em apenas duas. Guimarães reafirma as opiniões de Franco da Rocha de que os doentes não são obrigados ao trabalho, o que poderia merecer muitas críticas, argumentando que apenas constrange-se ao trabalho através da manipulação de necessidades mínimas e básicas da população internada. Para atrair-se os doentes ao serviço diário são oferecidas vantagens, tais como: melhor alimentação, fumo e liberdade

para alguns passeios, regalias essas que podem parecer muito sedutoras se consideradas frente a vida de confinamento nos pátios, esse, nunca seriamente questionado e apenas justificado pelo estado mental precário da população que neles permanece. Assim, administra-se a miséria cotidiana do universo institucional e disso conta-se as vantagens. Se ao trabalho não se atribui mais nenhuma função terapêutica, ao menos ele pode amenizar a vida na instituição e o próprio curso da doença. O trabalho ainda transformaria o louco inútil num homem fisicamente sadio e produtivo frente a sociedade.

"Para que encerrar entre quatro paredes de uma sala esses doentes, que pouco mais tem de vida e que vida triste e desoladora, toda entregue no ruminar continuo de seus delírios ou na espera de seus ataques convulsos. A terapêutica inteiramente inativa para tais casos, deixa o lugar livre para que usemos o trabalho, que assim passa a constituir um novo capítulo dessa ciência, a laborterapia, que se não tem valor específico para a enfermidade, ao menos age como medicação sintomática abrandando e intervalando ainda mais as crises agudas das varias moléstias mentais.

O trabalho ao ar livre dos campos e sob os raios vivificantes do sol, educando o alienado, desenvolvendo sua constituição física, transformando o ser inútil e inócuo a si e a sociedade, converte o desgraçado que a moléstia lhe havia como que suprimido o cérebro, em homem não só forte e sadio fisicamente mas ainda útil a comunidade em que vive, e se não lhe restitui a saúde mental ao menos conforta, aumentando seu valor e dignidade no fórum íntimo dos conscientes e amparando-os em seu sofrimento com a aparente liberdade que gozam" (GUIMARÃES FILHO 1926, p. 18)¹⁰.

Para o “open-door completo”, grau máximo da carreira de trabalhador institucional, vão aqueles escolhidos por seu bom estado mental e depositários da total confiança da diretoria, sendo assim descrita sua rotina:

"Os doentes tem ampla liberdade para passear, entrar e sair de casa, ninguém lhes tolhe esses direitos, mas é proibido afastar-se até certa distância das sedes das fazendas.

Todos os doentes trabalham nas imediações e têm a vida comum que levavam na roça antes de sua internação, havendo, apenas, a visita médica diária, que se feita pelos médicos internos residentes" (GUIMARÃES FILHO 1926, p. 19)¹⁰.

Para todas as mulheres e aos homens internados no Hospital Central a alternativa de trabalho colocada é o da participação nas atividades de manutenção dos pavilhões, recomendada para aqueles em bom estado mental. Constrói-se um discurso e ao mesmo tempo afirma-se sua

consensualidade. Parece não haver mais ninguém para convencer.

"Os médicos alienistas em seus relatórios anuais são unanimes em reconhecerem e aconselharem e mesmo lamentarem a não existência do trabalho, como fator altamente higiênico e terapêutico para os próprios doentes asilados nas enfermarias do hospital central, o que atualmente não pode ser feito quanto à parte agrícola, sendo os alienados unicamente utilizados para serviço dentro dos pavilhões, nos pátios e nos jardins. Conhecidas as vantagens do trabalho e da liberdade relativa que é alcançado pelo sistema de "open-door" lamentamos que já se não tenha feito alguma coisa pelas mulheres, que como vimos, não vão para as colônias onde este método é empregado, ficando todas no asilo central; algumas mesmo nesses pavilhões fazem trabalhos de agulhas e outros pequenos serviços, que não são suficientes, mas podemos assegurar que em breve elas também terão as regalias desse humanitário sistema" (GUIMARÃES FILHO 1926, p. 19)¹⁰

A discussão da organização do trabalho dos internos na instituição torna claro que é no processo de inclusão-exclusão do mercado de trabalho que os loucos tornam-se visíveis socialmente. O louco, excluído por ser considerado inviável como ser produtivo ou por não conseguir arcar com a contratação de uma sociedade onde todos devem ser mão de obra disponível no mercado de trabalho, encontra lugar num espaço para ele construído, o manicômio, onde será ordenado e contido.

O doente, posto à cargo da instituição por ser improdutivo, é nela declarado novamente ocioso e improdutivo. A mesma lógica que condena e aprisiona deve também recuperar, o trabalho é, ao mesmo tempo, critério para diagnóstico, estratégia de tratamento e indicador de cura (BIRMAN)³.

Como já vimos, as técnicas de tratamento são a própria organização da instituição, onde a doença e sua recuperação inscrevem-se nas possibilidades de integração institucional, são as formas de integração na vida institucional. Assim, o louco é integrado à sociedade através do manicômio, ou seja, a sua integração à vida institucional é ao mesmo tempo a sua única possibilidade de integração social.

Vemos nos relatos que, em primeiro lugar, o ócio forçado, produzido por uma determinada organização social que coloca à sua margem distintas populações desviantes, é transformado, pela instituição, em ócio voluntário. Por esse caminho, a sociedade desvincula-se de toda responsabilidade, atribuindo ao indivíduo suas contradições (BASAGLIA)².

O trabalho na instituição não cumpre, como parece evidente, o papel de educar para reabilitar os loucos para o trabalho fora da instituição, que, certamente, para eles não existe, mas tem o papel de criar e recriar a própria instituição.

MÂNGIA, E.F. Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 91-7, maio / dez., 1997.

MÂNGIA, E.F. Psychiatry and moral treatment: the work as illusion of freedom. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 91-7, maio / dez., 1997.

ABSTRACT: The psychiatric institution in Brasil consolidates in the beginning of the century, characterized by the project of medicalization of the institutions destined to the lunatics' reclusion and for the proposition of creation of new institutions that took as model the European and north American's Experiences of the open-door. In São Paulo, with Franco da Rocha and the creation of Juqueri, we have the example of the acme of that process. Through texts of the time we cut out the aspects that characterize the project of institutional order, to base in the premises of the moral treatment and adapted to one moment where the psychiatry already affirmed the incurable condition of the mental diseases and it proposed the work as central strategy for the incurable ones and for the solemnity sufficiency of the institution.

KEYWORDS: Psychiatry hospitals, history. Psychiatry, history. Rehabilitation, history.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
2. BASAGLIA, F. *Los crímenes de la paz; Investigación sobre los intelectuales y los técnicos com servidores de la opresión*. México: Siglo XIX, 1977.
3. BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
4. CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
5. COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1990.
6. CUNHA, M.C.C. *Cidadelas da ordem*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
7. DIAS, I.M. *A história da psiquiatria no estado de São Paulo - (Sob o signo da exclusão)*. São Paulo, 1985. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
8. FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
9. FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1977.
10. GUIMARÃES FILHO, A. *Da hygiene mental e sua importância em nosso meio*. São Paulo, 1926. Dissertação para conferência de grau de doutor em Medicina e Cirurgia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
11. MACHADO, R., LOUREIRO, A., LUZ, R., MURICY, K. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 496p.
12. MÂNGIA, E.F. *As origens da psiquiatria institucional brasileira e seus ideólogos*. São Paulo, 1992. Dissertação (mestrado) Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
13. RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A., COSTA, N. org. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 15-74.
14. ROCHA, F. A questão do trabalho nos hospícios. *Rev. Med. São Paulo*, v.3, n.5, p. 89-94, 1900.
15. ROCHA, F. *Hospício e colônias de Juquery: vinte anos de assistencia aos alienados*. São Paulo: Typ. Brasil, 1912.

Recebido para publicação: 12 de março de 1997

Aceito para publicação: 25 de março de 1997

TERAPIA OCUPACIONAL: UM TERRITÓRIO DE FRONTEIRA?*

ELIZABETH ARAÚJO LIMA**

LIMA, E.A. Terapia Ocupacional: um território de fronteira? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 98-101, maio / dez., 1997.

RESUMO: O artigo tem por objetivo discutir a relevância e a possibilidade de definirmos uma ‘identidade profissional’ do terapeuta ocupacional. Pensando o campo da terapia ocupacional como um território de fronteira entre várias disciplinas, propõe que o trabalho deste profissional seja desenvolvido no interior deste território, destacando o trabalho na fronteira entre arte e clínica.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, tendências.

Este artigo tem por objetivo desenvolver algumas reflexões acerca da participação e contribuição de movimentos transdisciplinares na constituição do campo da terapia ocupacional; campo este, visto aqui, como instaurado na fronteira entre diversas disciplinas.

Em particular, procura colocar em discussão a validade de nos preocuparmos com a definição de uma ‘identidade profissional’ do terapeuta ocupacional, propondo que, ao invés disso, habitemos os territórios fronteiriços, como aquele entre arte e clínica, que é aqui focalizado.

Para iniciar retomaremos algumas questões relativas à constituição de nosso campo profissional. Nossa profissão, terapia ocupacional, é fruto do processo de fragmentação do saber e da separação entre teoria e prática, entre saber e fazer, na área da saúde. Este processo busca uma maior eficácia das práticas e leva à especialização, na tentativa de fortalecimento de cada campo específico. Cada área busca, assim, diferenciar-se das outras a partir da construção de uma identidade fixa, absolutizada, procurando capturar práticas e discursos para o interior de um campo de fronteiras rígidas.

O movimento contemporâneo de grande parte dos tra-

peutas ocupacionais brasileiros tem sido justamente na direção oposta à descrita acima. Na tentativa de produzir conhecimento para responder às questões e impasses que nossa prática nos coloca, temos buscado auxílio em diferentes campos de saber, inclusive fazendo nossos mestrados e doutorados em outras áreas.

No entanto, este movimento muitas vezes acaba diluindo qualquer diferenciação e acabamos sentindo como se T.O. nada fosse ou se nós não fôssemos T.O. Fazemos então a negação de uma história, de um conjunto de práticas e saberes construídos e acumulados. Porém, nos esquecemos que desconstruir não é negar, mas enfrentar as contradições de uma formulação/configuração para propor outra mais adequada aos problemas que nos questionam hoje.

Talvez tenhamos que sair desse impasse, entre ‘vestir a camisa’ e negar qualquer *pertencimento*, para podermos caminhar.

A intenção aqui não é, portanto, fazer uma defesa da ‘identidade profissional’ nem buscar algum campo de saber com o qual possamos nos identificar, que nos diga quem somos, que nos dê uma imagem fixa. *Identidade* remete à idéia de rigidez, imobilidade e de idêntico.

* Trabalho apresentado em Mesa Redonda: Trabalhando com as semelhanças e as singularidades. IV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional realizado no Rio de Janeiro, em outubro de 1995.

** Docente do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. Mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Endereço para correspondência: Prof. Elizabeth Araújo Lima. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-160. São Paulo, SP. email: centroto@edu.usp.br

"... para falar em identidade precisaríamos, em primeiro lugar, de limites razoavelmente claros que distinguissem as variações que pertencem ao campo da possibilidade do 'idêntico' daquelas que já não pertencem a este campo; em segundo lugar, seria preciso que houvesse um mínimo de permanência ao longo do tempo" (FIGUEIREDO 1993, p. 92)²

Propomos que, ao invés disso, procuremos construir ou encontrar nossas singularidades, num campo de multiplicidades onde as diferenças possam aparecer e gerar frutos. *Singularidade* remete a processualidade, movimento e diferença. Aqui caberia pensar não só nas diferenças entre um e outro profissional, mas "nas diferenças de cada um para consigo mesmo ao longo do tempo." (FIGUEIREDO 1993, p. 91)²

Este movimento talvez seja mais fiel às características próprias do nosso campo. Campo este que tem como qualidade, a ser explorada e aproveitada, o fato de ter se constituído e se desenvolvido num território fronteiriço entre várias disciplinas.

Essa característica imprime marcas em nossa prática. Muitas vezes temos nos colocado na fronteira entre dois ou mais campos, e é isso que precisamos incrementar; não no sentido de reiterar a separação entre esses campos, mas para, ao contrário, manter a tensão que a separação entre eles tenta apaziguar e questionar a própria separação. Habitar fronteiras entre prática clínica e prática social, entre corpo e mente, entre criação artística e produção pelo trabalho, entre saúde coletiva e bem-estar individual.

Transitar pela fronteira, pelas bordas, não é nenhum mistério para nós. Nossa população alvo é constituída fundamentalmente por sujeitos que habitam as margens da nossa organização social; com eles temos convivido cotidianamente.

Já não se trata, portanto, de construir um diálogo entre domínios ou disciplinas distintas, mesmo porque, como nos ensina Jurandir Freire Costa (citado por GOLDBERG 1994, p. 10)⁴, não lidamos com matérias que pertençam de fato ou de direito a alguma disciplina mas com problemas, é preciso salientar, de grande complexidade.

A questão aqui colocada é a de tentar, numa experiência de trânsito, num exercício transdisciplinar, construir nossas singularidades: nos perguntar pelas marcas que constituíram nosso campo (marcas históricas produzidas nos encontros com os mais diversos saberes: psicológico, biológico, sociológico, estético); refletir sobre as questões que esses

saberes nos remetem e as que podemos a eles enviar.

Um exemplo fecundo dessa experiência de trânsito disciplinar, para nós, terapeutas ocupacionais, pode ser buscado na fronteira entre a arte e a clínica.

Essa fronteira sempre me despertou um interesse particular. Tornou-se uma questão a ser enfrentada no início de 1994, quando ingressei, como docente, no curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Naquele momento, nos propusemos a organizar um conteúdo: 'A Terapia Ocupacional e suas relações com a arte e a cultura'; este conteúdo dizia respeito tanto a noções teóricas (o que é arte, o que é cultura, como estes conceitos se articulam, etc.) quanto a vivências práticas em ateliê.

Eram vários os problemas que se apresentavam, então. Aqui será abordada apenas uma daquelas questões: a que serviria, para terapeutas ocupacionais, a discussão sobre arte? Como articular arte e terapia ocupacional, criação e intervenção?

Podemos tentar construir essa articulação pensando a partir da população atendida pelos terapeutas ocupacionais e da prática clínica que se constrói no enfrentamento das questões que esta população nos coloca⁽¹⁾.

Então pergunto: qual a marca que caracteriza esta população? A da vivência de ruptura e desintegração das formas constituídas, a vivência de uma diferença desidentificadora que separa os sujeitos de si mesmos ou da imagem que têm de si (ROLNIK)⁶.

Uma criança que nasce com alguma 'deficiência' rompe radicalmente com a forma que os pais, em seu imaginário, tinham constituído para ela. Alguém que sofre um acidente e perde movimentos, sensibilidades ou até partes do corpo, vive uma ruptura da forma ao nível do próprio real do corpo. Alguém que enlouquece vive uma ruptura a nível das formas simbólicas e das conexões de sentido.

Em todos os casos o caos irrompe com tamanha força, se instalando na experiência existencial e tornando difícil criar novas formas a partir desta invasão. O sujeito fica, muitas vezes, paralisado, preso à ausência de sentido, num *acontecimento inconcluso* que atemporaliza a existência e bloqueia a possibilidade de novos *acontecimentos*⁽²⁾.

Talvez pudéssemos pensar que a 'doença' se instala não com o acontecimento disruptor, mas com a parada de processo, a obstrução do movimento, a paralisia que ele pode provocar. Se há uma parada de processo,

⁽¹⁾ Muito do que é desenvolvido neste artigo surgiu do encontro com Suely Rolnik, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC, e o trabalho que realizou em torno da obra de Lygia Clark.

⁽²⁾ Segundo FIGUEIREDO³ o acontecimento heideggeriano é um acontecimento em dois tempos: o primeiro tempo é o da ruptura, da irrupção do inominável; o segundo é o tempo em que aquela ruptura ganha sentido. Quando o segundo tempo não pode se efetivar, o acontecimento não termina de acontecer e se cristaliza enquanto acontecimento traumático e inconcluso.

podemos dizer que um *estado-de-clínica* (DELEUZE citado por ROLNIK)⁷ foi instalado. O terror a essa invasão paralisa e várias são as estratégias que se inventa para enfrentar e suportar este terror. Em geral se procura absolutizar uma forma e tornar-se impermeável a qualquer diferença ou novo que se anuncie.

Qual seria, nessa perspectiva, a função da clínica? Inicialmente é preciso instaurar uma vivência de processualidade: a convicção de que algo sempre há de advir. As formas constituídas são sempre provisórias e finitas, datadas e inscritas no tempo, e a todo momento novas formas podem ser criadas. Se há um impedimento para esta criação (*estado-de-clínica*) é este impedimento que deve ser tratado para que o processo de criação possa fluir, instalando o que Lygia Clark chamou de *singular estado de arte sem arte* (CLARK citada por ROLNIK)⁸, estado de acolhimento do estranho que liberta a potência criadora da vida.

Estamos falando de transformar a existência numa obra de arte. O *estado de arte* não se instaura somente a partir da criação de uma obra de arte, mas através de qualquer criação objetiva ou subjetiva. A arte ocupa aqui o lugar de paradigma (GUATARRI)⁹, dimensão intrínseca a toda forma de produção e atividade humana: transformar a natureza, transformar o mundo em que se vive, criar a própria existência, criar-se a si mesmo. Mais ainda, arte como paradigma dos processos do universo e de todo vivo: somos figuras esculpidas no tempo, centrados no Devir.

No entanto o trabalho clínico não se esgota na instauração de um estado de criação permanente, na criação de novos modos de ser. É preciso também que essas novas formas constituídas de existência, sua processualidade própria, bem como suas produções materiais, possam ganhar uma significação coletiva. Somente articuladas a uma rede de sustentação, fazendo sentido para um grupo ou para alguém, é que podem vir a criar novos territórios, assumindo e afirmado as diferenças que vão surgindo.

Nise da Silveira fez um trabalho belíssimo com os internos do Hospital Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, através do Ateliê de Pintura (SILVEIRA)¹⁰, onde verdadeiras obras de arte foram produzidas. Mas o trabalho só se complementou com a criação do Museu de Imagens do Inconsciente, forma de agenciar essas produções, fazê-las entrar no circuito da produção cultural, transformando pacientes psiquiátricos em artistas, que contribuem para o manancial cultural da humanidade.

A história de Bispo, interno da Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, também nos faz pensar. A possibilidade de produção de sua obra, por si só, tem extrema importância na construção de um sentido para sua existência. No entanto, infelizmente, a exposição de seus trabalhos em espaços destinados a obras de arte só se deu após a sua morte. Em

São Paulo esta exposição chamou a atenção de grande número de artistas plásticos; dizia-se que sua obra, estranhamente (pois produzida em isolamento), dialogava com trabalhos de Duchamp e Andy Warhol. O que teria significado para esse sujeito ter podido criar territórios nestes sentidos e em tantos outros que poderiam se abrir a partir daí; construir conexões com outros seres humanos, dialogar?

É fundamental, portanto, o diálogo com o fora. Fora de si mesmo, fora do hospital, fora do consultório de atendimento, fora das formas e configurações já existentes. A verdadeira prática clínica tem que pensar a inserção do indivíduo no mundo e o diálogo constante entre as formas vigentes e as que estão sendo engendradas.

É este, a meu ver, o trabalho da terapia ocupacional, um dia chamado reabilitação, hoje repensado a partir de novos paradigmas; um trabalho clínico, mas de uma clínica também repensada, recolocada.

"Trata-se de buscar uma reabilitação ao nível do possível, valorizar o criativo, retransformar os caminhos da 'deficiência' em experiências cujos sentidos possam ser compartilhados como formas do sentir, do agir, do expressar-se e do diferenciar-se" (BARROS 1991, p. 104)¹¹.

É, portanto, entendendo arte como paradigma de toda atividade humana e da própria existência, que podemos pensá-la como conteúdo fundamental em um curso de Terapia Ocupacional, disparador para se repensar o trabalho clínico, suas várias implicações e seu constante transitar entre interno e externo, dentro e fora, superando velhas dicotomias (individual e coletivo, sujeito psíquico e representações sociais, trabalho de estruturação do sujeito e trabalho de reinserção social).

Por fim gostaria de trazer a contribuição de um filósofo da ciência, o pragmatista americano RORTY⁹. Ele defende a idéia de que o termo disciplina não deveria se referir a divisão entre matérias que têm interfaces com outras, mas deveria ser utilizado para denotar comunidades cujos limites são tão fluidos quanto os interesses de seus membros. Estas comunidades não teriam outro fim mais elevado que seu próprio desenvolvimento, o desenvolvimento de seus membros e o comprometimento ético com o conjunto do corpo social.

E ético, aqui, seria nos defrontarmos com os problemas que se nos apresentam e os enfrentarmos munidos de todos os recursos que estiverem disponíveis, ao invés de nos fecharmos dentro de nossos muros, desempenhando somente as funções que forem da alçada de nossa especificidade profissional. O compromisso ético é um compromisso com o outro, em sua irredutível alteridade, e com a vida, em sua potência criadora.

LIMA, E.A. Occupational Therapy: a border territory? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 98-101, maio / dez., 1997.

ABSTRACT: This paper focuses on the discussion about the possibility and relevance of defining an occupational therapist's 'professional identity'. Considering the occupational therapy field as a borderline territory among several disciplines, it proposes the development of a therapist's work within this territory, featuring the borderline between art and clinic.

KEYWORDS: Occupational therapy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, D.D. Habilitar-reabilitar ... O rei está nú? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 2, n. 2/3, p. 100-4, 1991.
2. FIGUEIREDO, L.C. Sob o signo da multiplicidade. *Rev. Núcleo Est. Pesq. Subjet. Pont. Univ. São Paulo*, v. 1, n. 1, p. 89-95, 1993. (Cadernos de Subjetividade)
3. FIGUEIREDO, L.C. *Escutar, recordar, dizer: encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica*. São Paulo: Educ/Escuta, 1994. 169p.
4. GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.
5. GUATARRI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. 203p.
6. ROLNIK, S. O mal-estar na diferença. *An. Bras. Psicanal.*, v. 3, p. 97-103, 1995.
7. ROLNIK, S. *Lygia Clark e o híbrido arte/clínica*. São Paulo: Aula ministrada no Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995. 10p.
8. ROLNIK, S. O singular estado de arte sem arte. *Bol. Nov., [Pulsional Centro de Psicanálise]*, v. 8, n. 72, p. 70-3, 1995.
9. RORTY, R. Science as solidarity in objectivity, relativism and truth. *Philos. Papers*, v. 1, 1991.
10. SILVEIRA, N. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1982.

Recebido para publicação: 18 de maio de 1997

Aceito para publicação: 05 de junho de 1997

ÍNDICE DE AUTOR / AUTHOR INDEX

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, v. 8, n. 1-3, p. 1-106, jan. / dez., 1997

Almeida, M.C., 3, 81

Alvarenga, C.M.R.A.M., 62

Barros, D.D., 67

Brunello, M.I.B., 87

Damy, M.L.C., 25

Ferrari, M.A.C., 62

Gonzaga, N.A.N., 32

Kinker, F.S., 42

Lima, E.A., 98

Mângia, E.F., 3, 91

Maximino, V.S., 61

Nascimento, S.P.S., 5

Nogueira, F., 53

Ogawa, R., 49

Oliver, F.C., 67

Pfeifer, L.I., 75

Ramalho, M.A., 15

Teixeira, L.C., 20

Valle, C.B., 38

ÍNDICE DE ASSUNTOS

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, v. 8, n. 1-3, p. 1-106, jan. / dez., 1997

- Administração municipal
- Política de saúde
 - Desinstitucionalização, 5
- Serviços médicos de emergência
- Saúde mental, 38
- Centros de reabilitação
 - Terapia ocupacional
 - Desinstitucionalização, 49, 53
- Cognição
 - Geriatria
 - Transtornos da memória, 62
- Deficiências do desenvolvimento
 - Terapia ocupacional, 75
- Desinstitucionalização
 - Administração municipal
 - Política de saúde, 5
 - Centros de reabilitação
 - Terapia ocupacional, 49, 53
 - Relato de caso
 - Saúde mental, 15, 20, 25, 32
 - Saúde mental
 - Terapia ocupacional, 42
- Fechamento de instituições
 - Serviços de saúde mental
 - Política de saúde, 3
- Geriatria
 - Transtornos da memória
 - Cognição, 62
- Hospitais psiquiátricos
 - Psiquiatria
 - Reabilitação, 91
- Pesquisa
 - Terapia ocupacional, 67
 - Saúde mental, 87
- Pessoas deficientes
 - Reabilitação
 - Promoção da saúde, 81
- Política de saúde
 - Desinstitucionalização
 - Administração municipal, 5
- Fechamento de instituições
 - Serviços de saúde mental, 3
- Promoção da saúde
 - Pessoas deficientes
 - Reabilitação, 81
- Psiquiatria
 - Reabilitação
 - Hospitais psiquiátricos, 91
- Reabilitação
 - Hospitais psiquiátricos
 - Psiquiatria, 91
 - Promoção da saúde
 - Pessoas deficientes, 81
- Relato de caso
 - Saúde mental
 - Desinstitucionalização, 15, 20, 25, 32
- Saúde mental
 - Administração municipal
 - Serviços médicos de emergência, 38
 - Desinstitucionalização
 - Relato de caso, 15, 20, 25, 32
 - Pesquisas, 87
 - Terapia ocupacional
 - Desinstitucionalização, 42
- Serviços de saúde mental
 - Política de saúde
 - Fechamento de instituições, 3
- Serviços médicos de emergência
 - Saúde mental
 - Administração municipal, 38
- Terapia ocupacional
 - Desinstitucionalização
 - Centros de reabilitação, 49, 53
 - Saúde mental, 42
 - Deficiências do desenvolvimento, 75
 - Pesquisa, 67
 - Terapia ocupacional, 61, 98
- Transtornos da memória
 - Cognição
 - Geriatria, 62

KEY WORDS INDEX

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, v. 8, n. 1-3, p. 1-106, jan. / dez., 1997

- Case reported
Mental health
Deinstitutionalization, 15, 20, 25, 32
- Cognition
Geriatric
Memory disorders, 62
- Deinstitutionalization
Case reported
Mental health, 15, 20, 25, 32
Mental health
Occupational therapy, 42
Municipal management
Health policy, 5
Rehabilitation centers
Occupational therapy, 49, 53
- Developmental disabilities
Occupational therapy, 75
- Disabled persons
Rehabilitation
Health promotion, 81
- Emergency medical services
Mental health
Municipal management, 38
- Geriatric
Memory disorders
Cognition, 62
- Health facility closure
Mental health services
Health policy, 3
- Health policy
Deinstitutionalization
Municipal management, 5
Health facility closure
Mental health services, 3
- Health promotion
Disabled persons
Rehabilitation, 81
- Memory disorders
Cognition
Geriatric, 62
- Mental health services
Health policy
Health facility closure, 3
- Mental health
Deinstitutionalization
Case reported, 15, 20, 25, 32
Municipal management
Emergency medical services, 38
Occupational therapy
Deinstitutionalization, 38
Research, 87
- Municipal management
Emergency medical services
Mental health, 38
Health policy
Deinstitutionalization, 5
- Occupational therapy
Deinstitutionalization
Mental health, 38
Rehabilitation centers, 49, 53
Developmental disabilities, 75
Research, 67
- Occupational therapy, 61, 98
- Psychiatry hospitals
Psychiatry
Rehabilitation, 91
- Psychiatry
Rehabilitation
Psychiatry hospitals, 91
- Rehabilitation centers
Occupational therapy
Deinstitutionalization, 49, 53
- Rehabilitation
Health promotion
Disabled persons, 81
Psychiatry hospitals
Psychiatry, 91
- Research
Mental health, 87
Occupational therapy, 67

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO é uma publicação do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e veículo de informação na área e ciências afins. Publica ainda, trabalhos de Revisão, Debates, Pontos de Vista Divulgando Projetos e Experiências, Resenhas de Livros e Entrevistas.

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

DIREITOS AUTORAIS. Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e são de propriedade da Revista. É vedada a reprodução total ou parcial dos trabalhos, bem como a tradução para outros idiomas, sem a autorização do Corpo Editorial. Todos os trabalhos submetidos à publicação deverão ser acompanhados pela declaração de transferência dos direitos autorais. Este documento é fornecido pela Revista.

O conteúdo e opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores.

FORMA E CONTEÚDO:

1 APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS. Os originais deverão ser digitados em programa de texto Word for Windows, espaço 2, impressos em papel branco, em um só lado da folha, com 60 toques por linha. Para as seções: Artigos, os trabalhos não devem ultrapassar 15 laudas de 20 linhas; Pontos de Vista, Divulgando Projetos e Experiências e Debates devem ter no máximo dez laudas e Resenhas em quatro laudas. O disquete do trabalho a ser publicado deve ser entregue e acompanhado de duas cópias em papel branco, sem rasuras, no seguinte endereço:

CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FMUSP. REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária “Armando de Salles de Oliveira”
05508-900 - São Paulo, SP.

2 PÁGINA DE ROSTO. Deve constar:

- ♦ título do trabalho elaborado de forma breve e específica, para auxiliar os serviços de recuperação da informação;
- ♦ versão do título para o inglês;
- ♦ nome completo dos autores e respectivos títulos profissionais e acadêmicos;
- ♦ identificação das instituições as quais os autores estão vinculados;
- ♦ referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto;
- ♦ referência à apresentação do trabalho em eventos, indicando nome do evento, local e data de realização;
- ♦ endereço para correspondência.

3 RESUMO/ABSTRACT. Os trabalhos enviados às seções, Artigos, Divulgando Projetos e Experiências, Debates e Dissertações devem apresentar dois resumos, um em português e outro em inglês. Observar as recomendações da NBR-68, ABNT, para redação e apresentação de resumos:

- ♦ quanto a extensão, a norma determina o máximo de 250 palavras para os artigos de periódicos;
- ♦ quanto ao conteúdo, deverão observar a estrutura formal do texto, isto é, indicar objetivo do trabalho, mencionar os procedimentos básicos, relacionar os resultados mais importantes e principais conclusões;
- ♦ quanto à redação e estilo, usar o verbo na voz ativa na 3ª pessoa do singular, evitar locuções como “o autor descreve”, “neste artigo”, etc., não adjetivar e não usar parágrafos.

4 DESCRIPTORES/KEYWORDS. Palavras ou expressões utilizadas para fins de indexação e que representam o conteúdo dos trabalhos. Para o uso de descritores em português, consultar “Descritores em Ciências da Saúde” (DECS) parte da metodologia LILACS-Literatura Latino Americana e do Caribe em da Saúde.

5 ESTRUTURA DO TEXTO. O caráter interdisciplinar da publicação permitiu estabelecer um formato mais flexível quanto à estrutura dos trabalhos, sem comprometer o conteúdo. A publicação sugere que os trabalhos de investigação científica devem ser organizados mediante a estrutura formal:

- ♦ **Introdução**, estabelecer o objetivo do artigo, relacionando-o à outros publicados anteriormente, esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado;
- ♦ **Material e Métodos, ou, Casuística e Métodos** (quando a pesquisa envolve seres humanos), descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a população e amostra, detalhar técnicas e equipamentos, indicar quantidades exatas;

- **Resultados**, exposição factual da observação, apresentada na seqüência lógica do texto, apoiados em gráficos e tabelas ;
- **Discussão**, apresentação dos dados obtidos e resultados alcançados, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores;
- **Conclusões**, são as deduções lógicas e fundamentadas nos Resultados e Discussão.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. Organizadas em ordem alfabética pelo último sobrenome do primeiro autor e numeradas consecutivamente; todos os autores dos trabalhos devem ser citados; os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela “List of Journals Indexed in Index Medicus”. Para elaboração das referências observar as recomendações da NB-6023, da ABNT, 1989:

- **Livros e monografias:**
PIAGET, J. *Para onde vai a educação?* 7. ed. Rio de Janeiro : J. Olimpio, 1980. 500 p.
- **Capítulo de livro:**
KARASOV, W.H., DIAMOND, J.M. Adaptation of nutrition transport. In : JOHNSON, L.R. *Physiology of gastrointestinal tract.* 2. ed. New York : Raven Press, 1987. p. 189-97.
- **Artigos de periódicos:**
BENETTON, M.J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial : uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 5/9, p. 11-6, 1993/6.
- **Teses:**
DEL SANT, R. *Propedêutica das síndromes catatônicas agudas.* São Paulo, 1989. 121 p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- **Eventos: considerado no todo:**
CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA; 6., Rio de Janeiro, 1984. *Resumos ...* Rio de Janeiro : Academia Brasileira de Neurologia, 1974.
- **Eventos: considerado em parte:**
SPALDING, E. Bibliografia da revolução federalista. In : CONGRESSO DA HISTÓRIA DA REVOLUÇÃO DE 1984, 1., Curitiba, 1944. *Anais ...* Curitiba : Governo do Estado do Paraná, 1944. p. 295-300.

7 INDICAÇÃO DA FONTE DAS CITAÇÕES. As formas de apresentação das fontes consultadas variam em decorrência da inserção no texto, observar os exemplos:

- **citação textual**, parte do texto é transcrita na íntegra
... a luta, a impossibilidade de coexistência com o outro (LACAN, 1985, p.50-1)⁴.
- **citação livre**, reproduz o conteúdo do documento original
Para VELHO (1981, p.27)¹¹ *o indivíduo...*
- **citação da fonte secundária** (citação de citação)
O homem não se define pelo que é mas pelo que deseja ser (ORTEGA Y GASSET, 1963 apud SALVADOR, 1977, p.160)¹⁰.
- **citação analítica**: parte de documento
... o individuo estigmatizado, um marginalizado social. (SILVA in: PONTES, 1984, p.8)¹⁶.
- **citação referente a trabalhos de três ou mais autores**
... consultadas periodicamente (SOUZA et al., 1984, p.7)¹⁶.
- **citações longas** (mais de 3 linhas) - constituem um parágrafo independente, com início sob a quinta letra da linha anterior e término a cinco batidas da margem direita.

8 NOTAS DE RODAPÉ. Adotadas para a primeira página do artigo com informações que identifiquem os autores: vínculo profissional, títulos profissionais e acadêmicos dos autores, consignação de bolsas e endereço para correspondência.

9 ILUSTRAÇÕES E LEGENDAS

- **Tabelas**, devem ser digitadas e apresentadas em folha à parte, numeradas consecutivamente na ordem em que forem citadas no texto. O título deve constar na parte superior da tabela. Evitar o uso de linhas verticais e inclinadas. O limite de tabelas é de 5, acima deste número as despesas correm por conta do autor;
- **figuras**, correspondem as ilustrações, fotografias, desenhos, gráficos etc., adotar o mesmo procedimento das tabelas quanto a numeração e títulos. Usar a abreviação figura para todas as ilustrações acima, excetuando-se para as tabelas e gráficos.

10 AGRADECIMENTOS. Quando pertinentes, dirigidos à pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho.

