

Terapia Ocupacional



DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

≡ EDITORIAL

Deficiência em debate: a rede entre amigos

Maria Cristina Tissi

≡ ARTIGOS

Estudo de confiabilidade e validação da "entrevista da história do desempenho ocupacional"

Maria José Benetton, Selma Lancman

Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: um panorama geral

Cecilia Cruz Villares

Efeitos da aplicação das técnicas de limpeza brônquica associada à mobilização em pacientes portadores de bronquiectasia

Fátima Aparecida Caromano, Marina Yessenia González Cárdenas, Cristina dos Santos Cardoso de Sá

≡ PONTO DE VISTA

Situação da capacitação docente e perspectivas de criação de curso de pós-graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG

Lívia de Castro Magalhães

≡ RELATO DE EXPERIÊNCIA

Uma pesquisa do corpo em terapia ocupacional: o método de danceability

Flávia Liberman, Marisa Samea

Reflexões sobre o processo de autonomia da criança deficiente e sua família

Maria Aparecida Aponte Tiengo

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CONSELHO EDITORIAL

- Prof.^a. Dr.^a. Eda T. de Oliveira Tassara (Instituto de Psicologia da USP)
- Prof.^a. Dr.^a. 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

- Prof.^a. Dr.^a. Maria Auxiliadora C. Ferrari (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

- Prof.^a. Assistente Marta Carvalho de Almeida (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- Prof.^a. 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.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Prof. Dr. Jacques Marcovitch

Vice-Reitor: Prof. Dr. Adolpho José Melfi

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Dr. Irineu Tadeu Velasco

Vice-Diretor: Prof. Dr. Eduardo Massad

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, 1999.

v. : il.
Quadrimestral
Sumários em inglês e português
ISSN 1415-9104

I. 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.



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

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

Deficiência em debate: a rede entre amigos

Maria Cristina Tissi

92

ARTIGOS

Estudo de confiabilidade e validação da “entrevista da história do desempenho ocupacional”

Maria José Benetton, Selma Lancman

94

Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: um panorama geral

Cecília Cruz Villares

105

Efeitos da aplicação das técnicas de limpeza brônquica associada à mobilização em pacientes portadores de bronquiectasia

Fátima Aparecida Caromano, Marina Yessenia González Cárdenas,

Cristina dos Santos Cardoso de Sá

114

PONTO DE VISTA

Situação da capacitação docente e perspectivas de criação de curso de pós-graduação em

Terapia Ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG

Lívia de Castro Magalhães

119

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Uma pesquisa do corpo em terapia ocupacional: o método de Danceability

Flávia Liberman, Marisa Samea

125

Reflexões sobre o processo de autonomia da criança deficiente e sua família

Maria Aparecida Aponte Tiengo

133

ÍNDICE DE AUTOR

137

ÍNDICE DE ASSUNTO

138

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

142

CONTENTS

EDITORIAL

- Issues on disability: the "Entre Amigos" network
Maria Cristina Tissi 92

ARTICLES

- Confiability and validity study of OPHI
Maria José Benetton, Selma Lancman 94
- Qualitative research in occupational therapy: a panoramic view of the field
Cecília Cruz Villares 105
- Effects of respiratory care and thorax mobilization in bronchiectasis patients
Fátima Aparecida Caromano, Marina Yessenia González Cárdenas,
Cristina dos Santos Cardoso de Sá 114

POINT OF VIEW

- Professor's qualification and perspectives for opening a graduate program in occupational
therapy at the Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG
Lívia de Castro Magalhães 119

EXPERIENCE REPORT

- Research of the body in occupational therapy: the method of Danceability
Flávia Liberman, Marisa Samea 125
- Refletions about family and its disable child autonomy process
Maria Aparecida Aponte Tiengo 133

- AUTHOR INDEX** 137

- KEYWORDS INDEX** 140

- ARTICLES STANDARDIZATION** 142

EDITORIAL

DEFICIÊNCIA EM DEBATE: A REDE ENTRE AMIGOS

Maria Cristina Tissi*

TISSI, M.C. Deficiência em debate: a rede entre amigos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.92-3, set. / dez., 1998.

DESCRITORES: Redes de comunicação de computadores. Reabilitação. Terapia ocupacional. Editorial.

A presença do segmento das pessoas com deficiências no cenário político e social brasileiro vem crescendo nas últimas duas décadas. Através de formas diversas de organização, como movimentos sociais, Centros de Vida Independente, associações, entre outras, as pessoas com deficiências tem atuado no sentido de reivindicar e garantir o cumprimento de direitos, alcançar a *equiparação de oportunidades* e a inclusão nos mesmos espaços de trabalho, educação, saúde, cultura e lazer, que caberiam a todos, em lugar do espaço de exclusão que historicamente lhes tem sido determinado.

Esta tomada de posição na disputa por interesses e na exigência de novas respostas sociais representa um desafio para amplos setores da sociedade, incluindo os profissionais que atuam no campo da reabilitação. A configuração de novos modelos conceptuais e assistenciais de atenção às pessoas com deficiências, que caminhem na direção da superação do

reducionismo da abordagem biomédica da deficiência, é um dos desafios colocados, exigindo novos instrumentos que permitam redimensionar nossa concepção acerca da deficiência, assim como as nossas práticas.

Esta, com certeza, é uma tarefa árdua.

A *Entre Amigos* – rede de informações sobre deficiência - pretende atuar neste sentido.

Lançada na Internet em dezembro de 1998, como resultado de um esforço conjunto de várias organizações, entre as quais o Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP, através do REATA, sob coordenação geral da SORRI-BRASIL e patrocinada pela UNICEF, a *Rede Entre Amigos* tem por objetivo ser um amplo espaço de troca de informações e de articulação entre pessoas com deficiência e suas organizações, profissionais de vários setores como Saúde, Educação, Judiciário, Esportes, Ação Social, Cultura, entre outros e, acima de tudo, ser um espaço

* Mestre em Saúde Coletiva. Terapeuta Ocupacional do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional.

Endereço para correspondência: Maria Cristina Tissi. Rua Cipotânea, 51. 05360-160. São Paulo, SP. e-mail: centroto@edu.usp.br.

que promova debates e reflexões relacionados à deficiência e à inclusão social.

É possível pesquisar temáticas diversas na *Entre Amigos*, como educação inclusiva, tecnologia assistiva, legislação, reabilitação, Reabilitação Baseada na Comunidade, ter acesso a levantamentos bibliográficos, a resenhas de livros e agenda de eventos, participar do fórum de debates, do chat, deixar sua mensagem no mural de recados, protestar ou divulgar “Um lugar legal”, sem barreiras arquitetônicas, através do endereço www.entreamigos.com.br. Também é possível aos usuários entrar em contato com *operadores on-line* (ou através de telefone/ fax), que respondem dúvidas e fornecem orientações, a partir de um banco de informações bastante diverso ou de pesquisa em fontes especializadas.

O esforço em alimentar e ampliar a rede continua permanentemente, sendo que vários novos bancos de dados estão em processo, assim como os temas são

atualizados com frequência.

Ao que parece, a *Rede Entre Amigos* tende a se tornar um instrumento importante também na prática cotidiana dos profissionais de reabilitação junto às pessoas com deficiências, subsidiando tanto a atuação clínica, por exemplo, permitindo acessar em poucos minutos um extenso banco com os equipamentos de tecnologia assistiva disponíveis no mercado nacional (projeto em andamento pelo Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP), quanto a atuação no sentido da organização comunitária, propiciando informações sobre, mais um exemplo, legislação referente a transporte coletivo adaptado.

É expectativa dos organizadores e colaboradores que o acesso à *Rede Entre Amigos* seja ampliado e democratizado, através de terminais de consulta disponibilizados em pontos estratégicos de fácil alcance para a população e, particularmente, para as pessoas com deficiências.

TISSI, M.C. Issues on Disability: the "Entre Amigos" network. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.92-3, set. / dez., 1998.

KEYWORDS: Computer communication networks. Rehabilitation. Occupational therapy. Editorial.

**ESTUDO DE CONFIABILIDADE E VALIDAÇÃO DA
“ENTREVISTA DA HISTÓRIA DO DESEMPENHO
OCUPACIONAL”***

Maria José Benetton, Selma Lancman****

BENETTON, M.J., LANCMAN, S. Estudo de confiabilidade e validação da “Entrevista da história do desempenho ocupacional”. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.3, p.94-104, set. / dez., 1998.

RESUMO: O estudo trata das metodologias empregadas na tradução, na análise de confiabilidade e na validação do instrumento “Entrevista da História do Desempenho Ocupacional” (Occupational Performance History Interview) criado por KIELHOFNER et al.¹². O estudo de confiabilidade da tradução desse instrumento, realizado através de varias técnicas de medida estatística, resultou numa versão final, sendo que algumas questões devem ser melhor estudadas para se encontrar o seu real significado. A técnica de validade de face, foi empregada para a análise conceitual do objeto de estudo do instrumento, no caso o desempenho ocupacional.

DESCRITORES: Estudos de avaliação, questionários. Terapia ocupacional, tendências.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação na área de Terapia Ocupacional é, em verdade, o cerne de uma questão fundamental para o desenvolvimento da profissão no Brasil. Aferir em Terapia Ocupacional, é tão difícil quanto definir programas de intervenção e encontrar soluções para a organização ou reorganização do cotidiano, e de rotinas na vida de sujeitos traumatizados por graves distúrbios e deficiências físicas e/ou mentais.

Apesar do desenvolvimento acelerado na construção, avaliação e adaptação de instrumentos de pesquisa em quase todas as áreas de conhecimento, assim como de instrumentos de avaliação para a clínica na área da saúde, esta não é a realidade para a Terapia Ocupacional no Brasil. Não encontramos, na literatura brasileira, nenhum estudo de instrumentos de pesquisa específicos da área, quer seja na validação de instrumentos estrangeiros ou na construção de instrumentos nacionais. Esta constatação veio ao encontro de alguns dos nossos pressupostos, quando

* Artigo extraído da pesquisa: BENETTON, M. J., LANCMAN, S. *Estudo de confiabilidade e validação do instrumento “Entrevista da História do Desempenho Ocupacional”* São Paulo, 1998. Relatório de pesquisa - subvenção FAPESP/CNPq.

** Docentes 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, FMUSP.

Endereço para correspondência: Prof. Maria José Benetton, Prof. Selma Lancman. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-000 - São Paulo, SP. e-mail: centroto@edu.usp.br.

da escolha do objeto de estudo desta investigação.

O primeiro passo foi a escolha de instrumentos específicos comumente utilizados por terapeutas ocupacionais nos EUA. Tivemos acesso a um conjunto de instrumentos, entre eles o Occupational Performance History Interview - OPHI, 1989 (KIELHOFNER)¹² e julgamos oportuno o estudo deste material, uma vez que nos parecia um material acabado, no sentido que eram alicerçados e frutos de um determinado modelo teórico.

O segundo passo foi uma revisão teórica detalhada sobre a organização e avaliação de protocolos de pesquisa para estudos e medidas de evolução clínica utilizados na área da saúde e, em especial da saúde mental. Esse estudo foi realizado com o intuito de verificarmos os instrumentos mais utilizados em áreas afins e a forma como estas áreas definem, constroem e validam seus instrumentos. Foi um estudo "aproximativo", que traduziu-se na busca de instrumentos que se aproximassem, em características, dos que tínhamos em mãos. Tal estudo nos foi útil para, mais tarde, nos orientar na escolha de metodologias de avaliação.

A teoria da "Ocupação Humana" de KIELHOFNER¹¹, na qual se baseia seus instrumentos e em especial o "Occupational Performance History Interview - OPHI" tem sido divulgada no Brasil inclusive pelo seu autor em algumas passagens recentes pelo país.

Tínhamos desde o início uma série de dúvidas conceituais em relação aos pressupostos do "Modelo da Ocupação Humana". Nossa prática, pautada na liberdade de conduta e, no geral, responsiva às demandas dos sujeitos alvos ficava, ao nosso ver, empobrecida pela ênfase no "comportamento ocupacional", como explicação e gênese para a elaboração de estratégias de intervenção. No entanto, como o autor ao apresentar esse instrumento enfatizou seu caráter eclético e a possibilidade da sua utilização por terapeutas que se embasassem em diferentes abordagens teóricas, resolvemos analisar e avaliar o instrumento "Occupational Performance History Interview- OPHI"¹².

A ENTREVISTA DA HISTÓRIA DO DESEMPENHO OCUPACIONAL (EHDO-OPHI)

Esse instrumento foi criado por KIELHOFNER¹² e colaboradores em 1989, a partir de solicitação da Associação Americana de Terapia Ocupacional

(AOTA), para ser utilizado como padrão de avaliação na prática clínica da Terapia Ocupacional.

Segundo KIELHOFNER et. al.¹²:

"Como uma entrevista histórica, a entrevista da história do desempenho ocupacional (OPHI) procura reunir informações sobre o desempenho ocupacional do passado e presente do paciente/cliente. É designada como uma entrevista genérica utilizada com uma variedade de pacientes/clientes e é desejável que seja compatível com mais de uma única estrutura conceitual. O OPHI abrange duas partes. A primeira parte é a própria entrevista, consistindo de um conjunto de questões recomendadas que cobrem cinco áreas de conteúdo relevantes ao desempenho ocupacional. O terapeuta utiliza estas questões para conduzir a entrevista, certificando-se de cobrir todas as cinco áreas de conteúdo. Adicionalmente, as questões para cada área de conteúdo estão acompanhadas por um conjunto de finalidades que é para ser utilizado, a fim de guiar o terapeuta para o tipo de informação que deveria ser coletada em cada área de conteúdo. As finalidades deveriam ser utilizadas pelos terapeutas para formular quaisquer questões ou investigação adicional que poderiam ser necessárias".

A partir do acima exposto, os autores sugerem o "Formulário de Entrevista Eclética". É necessário salientar, que segundo o guia do usuário que acompanha a descrição do instrumento, este Formulário é fornecido como um roteiro a partir do qual deve ser elaborada a entrevista propriamente dita e que os itens constantes do instrumento são aqueles que o autor considera fundamental para a avaliação do desempenho ocupacional dos indivíduos: *organização das rotinas da vida diária; papéis de vida; interesses, valores e metas; percepção das habilidades e admissão de responsabilidade; influências ambientais*. Para cada um destes itens segue-se no formulário uma série de finalidades, que ajudam a melhor detalhá-los.

METODOLOGIA

Para a escolha da metodologia para a tradução e validação do instrumento, optamos pelas orientações

de VALLERAND¹⁷, levando em consideração dois aspectos fundamentais.

O primeiro, é que o instrumento OPHI tem características que o aproximam de alguns protocolos da psicologia social: os que medem a quantidade e qualidade da inserção social de pessoas ou grupo de pessoas, para tanto, fixando-se alguma(s) variável(eis), LANE¹⁴, como por exemplo, o estudo sobre mulheres profissionais, doentes mentais, etc.

O segundo é que não foram encontrados estudos de validação transcultural de instrumentos de avaliação de Terapia Ocupacional para a língua portuguesa e, o estudo que encontramos de validação do instrumento OPHI, para a língua francesa (HACHEY et. al.)⁹, foi desenvolvido segundo a metodologia de VALLERAND¹⁷ para tradução e validação transcultural de questionários psicológicos.

De acordo com as proposições de VALLERAND¹⁷, os estudos de validação devem seguir várias etapas, a saber: preparação de uma versão preliminar da tradução; avaliação da versão preliminar; pré-teste; validade de face e de conteúdo; análise de fidelidade e avaliação de validade de constructo. As cinco primeiras etapas são preliminares e fundamentais para a aplicação das últimas, por se referirem à validade da tradução do instrumento propriamente dito.

Como os estudos de análise de fidelidade e avaliação de constructo pressupõem que as validações anteriores estejam asseguradas, optamos por realizá-las em um outro estudo já em andamento.

VERSÃO PRELIMINAR DO INSTRUMENTO

- *Tradução do instrumento*

“Apesar de um grande número de estudos para validar para o francês, diferentes questionários psicológicos da língua inglesa, existem metodologias de qualidades variadas para se alcançar esse objetivo. Uma tradução de um instrumento psicológico não pode ser uma simples tradução, pois isso não assegura a validade e a confiabilidade do instrumento em outra cultura (canadense – francesa). Torna-se,

então, muito importante a metodologia adequada, a qual se utilizará no processo de validação transcultural” (VALLERAND, 1989, p. 662-3)¹⁷.

Mesmo tendo como prerrogativa a afirmação dos autores que o instrumento permite a possibilidade de criar, alterar e reordenar as questões, por ele sugeridas, tomamos o cuidado de aplicar rigorosamente uma metodologia que nos pareceu a melhor entre as disponíveis para a tradução das questões da forma, como estão propostas no OPHI.

- *Preparação da versão experimental*

Foram realizadas duas versões preliminares do OPHI, baseadas no que VALLERAND¹⁷ denomina de método tradicional: uma realizada por um estudante de Terapia Ocupacional em conjunto com um professor de inglês (ambos com nível de proficiência na língua inglesa) e a segunda por uma terapeuta ocupacional bilíngüe⁽¹⁾. Nenhum deles conhecia o material a ser traduzido e a recomendação prévia foi a de maior fidelidade ao texto. Segundo VALLERAND¹⁷ (1989):

“...viés lingüísticos, psicológicos e de compreensão dos pesquisadores podem acarretar divergências entre a versão original e aquela obtida em francês. Esse risco pode ser diminuído pela técnica de análise do texto em comitê, onde há discussão em grupo sobre o conteúdo da tradução” (p. 665).

Para evitarmos esse viés constituímos um comitê de especialistas na área, formado por duas pesquisadoras, duas terapeutas ocupacionais, (pesquisadoras colaboradoras) e duas alunas de Terapia Ocupacional (pesquisadoras em iniciação científica). Todos os membros deste comitê apresentavam conhecimento de língua inglesa. Com esse grupo de especialistas em Terapia Ocupacional de níveis de formação diversos, pretendemos assegurar maior objetividade e precisão na compreensão do questionário para as versões preliminares.

Para a análise das traduções, buscamos subsídios nas recomendações de BRISLIN³ para procedimentos

⁽¹⁾ O conceito de bilíngüe em pesquisas transculturais mencionado por GARYFALLOS⁸: pessoa que é fluente em duas línguas e viveu, pelo menos, um ano em cada país, sendo, portanto, bicultural. O autor chama à atenção para o fato de que o aspecto definidor do conceito deve ser a residência em ambos os países, o que é necessário para que um indivíduo entenda os diferentes significados das palavras e não seja apenas capaz de traduzir de uma língua para outra.

de tradução - cada frase do questionário foi avaliada segundo a seguinte escala:

- significados diferentes em cada uma das versões;
- quase o mesmo significado em cada uma das versões;
- exatamente o mesmo significado em ambas as versões.

Observou-se, nessa ocasião, que em algumas questões encontramos divergências entre as traduções. Buscamos a assessoria de um tradutor bilingüe de nacionalidade inglesa, e verificamos maior aproximação com a tradução da terapeuta ocupacional bilingüe já mencionada. Com isso buscamos nos assegurar da qualidade da tradução com a qual estávamos trabalhando. Consideramos, então, a versão analisada pelo comitê como "a versão experimental", constituída de 36 perguntas.

AValiação da Versão Preliminar

- *Aplicação da versão experimental*

Inicialmente, a versão experimental deveria ser aplicada em pacientes psiquiátricos do projeto PIDA⁽⁴⁾. Entretanto, desde que observamos que algumas questões apresentavam problemas na precisão de sentido, mesmo na língua original, decidimos por dar continuidade ao estudo de validação e confiabilidade da tradução e não do protocolo em si.

De acordo com os autores do protocolo OPHI, ele é dirigido para ser utilizado em situações variadas com diferentes tipos de clientes/pacientes de terapia ocupacional. O instrumento é descrito como tendo a possibilidade de avaliar diferentes estágios de tratamento, definindo uma "situação-corte", como parâmetro inicial de avaliação de evolução da história ocupacional. Esta situação corte é importante na medida em que o instrumento se propõe a avaliar um processo e, para tanto, define as situações estudadas dentro de uma perspectiva de passado/presente onde são avaliadas mudanças no comportamento ocupacional.

Havíamos, inicialmente, escolhido como "situação-corte", para os pacientes do projeto PIDA, a entrada

nesse programa de tratamento. A título de exemplo, as questões seriam elaboradas de acordo com a "situação-corte" da seguinte forma: antes de você *frequentar o PIDA* sua rotina diária era diferente?

Segundo a metodologia proposta por VALLERAND¹⁷, e já utilizada por HACHEY et al.⁹, para validação da tradução era necessário que o mesmo paciente respondesse a entrevista em inglês e em português. Para isso, precisávamos de sujeitos com alto nível de conhecimento em inglês, que pudessem nos ajudar a verificar a compreensão da entrevista. Porém, entre os pacientes do projeto PIDA, não foi encontrado, naquele momento, nenhum deles com algum conhecimento da língua inglesa.

Para solucionar tais problemas, e entendendo que deveríamos trabalhar com outra população que pudesse responder as entrevistas a contento, optamos por realizar esse estudo com uma amostra formada por alunos do curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. Observamos, para tanto, os seguintes critérios: selecionar uma amostra, entre os alunos do curso de Terapia Ocupacional, os que tivessem proficiência na língua inglesa; procurar um método de estudo de confiabilidade para tradução; criar uma "situação-corte" para a população escolhida.

Foram selecionados seis alunos com o pré-requisito já colocado, mas como um deles já havia participado da tradução do instrumento, cinco deles responderam ao questionário, trabalho para o qual receberam uma ajuda de custo segundo sugestão dos autores do protocolo.

A metodologia escolhida para aplicação dos questionários foi a "test-retest", com a técnica de MITCHELL¹⁶, na qual faz-se duas aplicações do questionário, com os mesmos sujeitos, em dois diferentes momentos.

A aplicação da versão original antecedeu a aplicação da versão em português em 15 dias. A única recomendação dada foi a de que as questões, tanto em inglês como em português, nas quais fossem encontradas alguma dificuldade de resposta, deveriam ser assinaladas e associadas ao tipo de dificuldade encontrada.

Utilizamos em analogia com a "situação-corte"

⁽⁴⁾O PIDA - Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental, é fruto de um convênio entre a Universidade de São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Itapeva). Desenvolve diversas modalidades de atendimento e reabilitação psicossocial dirigido a usuários portadores de doenças mentais graves.

prevista para os pacientes psiquiátricos – o ingresso no PIDA, o momento de entrada na Universidade, por exemplo: antes de você *frequentar a faculdade* sua rotina diária era diferente?

- *Estudo de padrão de correlação entre as duas versões*

Para a avaliação do padrão de correlação entre a versão na língua inglesa e na língua portuguesa foi novamente constituído um comitê de especialistas na área, do qual participaram as duas pesquisadoras, uma terapeuta ocupacional e duas estudantes de terapia ocupacional.

Nosso objetivo era verificar a relação entre as formas originais e as traduzidas do instrumento, assim como, comparar a abrangência do “test-retest” para as versões inglesa e portuguesa do instrumento.

Trabalhamos, então, com a hipótese de que essas correlações deveriam ser similares. Para tanto, criamos três categorias de análise: *SC - onde as respostas, além de similares, apresentam-se, também, completas; SI - onde as respostas, apesar de similares, mostravam-se incompletas; DD - para as respostas diferentes.*

Como procedimento para o reconhecimento dessas três categorias nas respostas, utilizamo-nos da técnica de “leitura-cega”, que consiste na leitura das respostas, de ambos os questionários, sem a leitura das perguntas. Cada uma das respostas foi lida duas vezes: primeiramente a do questionário em inglês e, posteriormente, a do questionário em português.

Após uma segunda leitura, caso o avaliador não chegasse a uma conclusão em relação às categorias *SC, SI ou DD* para determinada resposta, esta ficaria em branco (resposta nula).

AValiação da Versão Preliminar

Para a análise da confiabilidade da tradução foram realizados diversos níveis de estudo, para os quais contamos com a assessoria de um estatístico:

- em primeiro lugar analisamos as opiniões dos avaliadores em relação a cada avaliado em separado, ou seja, verificamos se as opiniões dos avaliadores eram homogêneas em relação aos avaliados. Para tanto, realizamos uma análise de agrupamentos (*cluster's analysis com coeficiente de correlação de Pearson*), onde verificamos que apesar de haver diferenças nas opiniões dos avaliadores, estas não eram

estatisticamente significativas.

A seguir, procuramos verificar se havia homogeneidade nas opiniões dos cinco avaliadores, na interpretação das respostas de cada avaliado e nas duas versões do OPHI (inglês e português). As respostas foram pontuadas segundo as categorias já descritas *SC, SI e DD*.

Procuramos inicialmente testar a homogeneidade dos dados verificando se as categorias *SC, SI e DD* atribuídas a cada sujeito variavam ou não de avaliador para avaliador. Observamos, por exemplo, que para o sujeito *SI*, 16 questões foram consideradas *Similares Completa (SC)* pelo avaliador *A*, 14 pelo avaliador *B*, 14 pelo avaliador *C*, 14 pelo avaliador *D* e 17 pelo avaliador *E*. Aplicamos, então, um teste de homogeneidade (qui-quadrado/tabela de contingência) e verificamos que os dados eram estatisticamente homogêneos, ou seja, em relação ao avaliado *SI* os cinco avaliadores fizeram julgamentos semelhantes ($X^2=4.04$; $P=0.85$) e ainda que, as diferenças de opiniões não eram significativas ($P > 0.05$).

Foram realizadas análises análogas aos demais avaliados e encontramos os seguintes resultados: para o avaliado *S2*, $X^2=4.04$ e $P=0.85$; para o avaliado *S3*, $X^2=3.56$ e $P=0.89$; para o avaliado *S4* $X^2=6.32$ e $P=0.61$ e finalmente para o avaliado *S5* $X^2=4.17$ e $P=0.84$.

Frente a esses resultados pudemos verificar que a emissão dos conceitos *SC, SI e DD* foi homogênea para todos os avaliados, que o grau de concordância entre os avaliadores era alto e que as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas.

Procuramos ainda verificar se os conceitos de similaridades *SC, SI e DD* variavam para cada um dos avaliados ou se tinham uma distribuição uniforme. A finalidade era detectar se, para algum avaliado, existia alguma concentração significativa de respostas em um ou mais conceitos. Assim, estabelecemos como hipótese que os conceitos *SC, SI e DD* teriam frequências esperadas iguais a 1/3 do total das observações. Como já havíamos verificado anteriormente que os cinco avaliadores haviam feito julgamentos semelhantes e que portanto estes dados eram homogêneos, reunimos para cada avaliado as 180 informações que dispúnhamos (36 questões multiplicadas por cinco avaliadores).

Constatamos que todos os avaliados apresentavam uma concentração de respostas em determinados critérios. Para os avaliados *SI, S2, S3 e S5* esta

concentração se deu no item *SC* e a menor frequência de respostas ocorreu no item *DD*. Já no avaliado *S4* ocorreu o oposto, predominando em suas respostas o conceito *DD*.

O próximo passo foi verificar separadamente para cada conceito *SC*, *SI* e *DD* se os cinco sujeitos avaliados diferiam entre si. Inicialmente analisamos o conceito *SC* onde verificamos que o avaliado *S1* teve 46% de suas respostas classificadas como *SC* pelo avaliador *A*; 39% de suas respostas classificadas como *SC* pelo avaliador *B*, 42% pelo avaliador *D* e assim por diante.

Aplicando os testes estatísticos Análise de Variância e Teste de Tukey, pudemos verificar que as diferenças encontradas eram estatisticamente significativas apenas entre os avaliados. Estes testes permitiram a formação de três grupos. O primeiro foi formado pelos avaliados *S2*, *S1* e *S5*, que não diferiam quanto aos *DD* recebidos. O segundo foi formado por *S1*, *S5* e *S3* que não diferem significativamente quanto aos *DD* recebidos e o terceiro grupo formado pelo avaliado *S4*, que diferia de todos os outros sujeitos e tinha a mais alta taxa de conceitos *DD* recebidos.

Frente aos dados apresentados pudemos concluir que a relação entre os avaliados e avaliadores não é ocasional e a diferença encontrada é estatisticamente significativa. Isso indica que as diferenças de avaliação de avaliado para avaliado não ocorrem por acaso e que houve uma concentração de determinados critérios, dependendo do sujeito, para todos os avaliadores.

Era nosso objetivo ainda verificar se a variação *SC/SI/DD* se dava devido ao que ocorria entre avaliados ou entre avaliadores. Com a análise de variância para o critério *SC* pudemos verificar que a causa de variância significativa ocorria entre os avaliados e não entre os avaliadores, ou seja, *os avaliadores não são causa de significância das variações observadas*. Tanto em *SC* quanto em *SI* e *DD* a variação é devido ao avaliado e não ao avaliador.

Restava-nos, ainda, uma última questão que era apurar se existia ou não diferenças entre as perguntas propriamente ditas levando-se em consideração as avaliações *SC/SI/DD* obtidas para o conjunto dos dados. Era nosso intuito observar se algumas questões tiveram mais respostas similares-completas do que outras.

Em decorrência do teste de homogeneidade já realizado anteriormente pudemos reunir os dados dos cinco avaliadores em uma mesma massa de dados. Assim, cada uma das perguntas tinha 25 respostas (5 avaliados

x 5 avaliadores). Para cada uma dessas perguntas tabulamos o número de respostas do tipo *SC* (similar completo), *SI* (similar incompleto) e *DD* (diferente).

Pudemos observar, que na pergunta 01 obtivemos 19 respostas classificadas como *SC*, 6 respostas classificadas como *SI* e nenhuma resposta classificada como *DD*, e assim por diante. Em alguns casos o total é inferior a 25 devido às respostas que não foram classificadas por alguns avaliadores.

Considerando-se que se uma pergunta obtiver um alto índice de respostas para um determinado conceito, *SC* por exemplo, ela terá necessariamente um baixo score para outro conceito e vice-versa, o Teste de Kruskal-Wallis nos pareceu o mais indicado por ser um modelo não paramétrico, no qual o *rank* é atribuído seqüencialmente do primeiro ao último dado de todos os tratamentos reunidos, como se fosse um único.

Através deste teste pudemos verificar que seis perguntas destoavam estatisticamente das anteriores, sugerindo algum problema mais específico em nível de sua formulação.

AValiação da validade de face

Na busca de acrescentar dados ao estudo de confiabilidade que vínhamos realizando, decidimos, em nível experimental, aplicar o instrumento em cinco pacientes psiquiátricos, com diagnóstico de esquizofrenia, que freqüentavam o PIDA.

Em diversas correspondências trocadas com o autor do OPHI – KIELHOFNER¹², este nos enfatizava a possibilidade de aplicação do instrumento para pacientes com diversos tipos de dificuldades, entre eles os portadores de distúrbios mentais. Na nossa aplicação piloto, entretanto, encontramos uma série de dificuldades na utilização do instrumento com esta população.

Nessa situação de pré-teste, três dificuldades foram observadas:

- durante a aplicação, os pacientes, por várias vezes, acreditavam já terem respondido a mesma pergunta, isto é, que as questões do protocolo se repetiam, ou ainda, não conseguiam discernir o conteúdo de algumas questões;
- uma outra questão que pudemos observar, após a aplicação, é que em se tratando de pacientes psicóticos, não se podia distinguir se o que os pacientes respondiam era o que de fato faziam

ou haviam feito, do que tinham a intenção de fazer ou julgavam ter feito; e

- também pudemos observar que não havia diferenças significativas entre o que os usuários faziam na sua vida cotidiana antes de entrar no PIDA/CAPS e depois de passarem a frequentá-lo. Apesar de toda a programação que realizavam na instituição, a rotina fora dele sempre foi muito pobre. Essa situação tanto podia ocorrer por causa da doença como devido a limitações culturais quando, por exemplo, os homens não têm como hábito cuidar de si, da casa e dos afazeres domésticos; quando o lazer é bastante empobrecido; quando as pessoas não costumam frequentar agremiações, etc.

Acrescentando essas observações às nossas próprias dificuldades em centrar a prática clínica no “comportamento ocupacional”, decidimos pela validade de face (face validity).

Segundo ALMEIDA et al.¹ “a validade de um instrumento pode ser definida como a capacidade de realmente medir aquilo que ele se propõe a medir” (p.50). A validade de conteúdo, que envolve uma análise conceitual, é também chamada de validade de face (face validity) e refere-se ao julgamento, por parte do investigador, da capacidade do instrumento medir aquilo a que se propõe. Esse é um julgamento subjetivo e, portanto, não passível de tratamento estatístico.

Por outro lado, BRUSCATO⁶ considera que a validade de face não pode confundir-se com a análise de conteúdo (por ser uma análise subjetiva):

*“Esta não é validade no sentido técnico...
Refere-se não ao que o instrumento mede na realidade, mas, ao que, superficialmente, parece medir”* (p.96).

Na medida em que queremos, então, estudar uma situação abstrata, um objeto de conhecimento e, neste caso, o “Desempenho Ocupacional”, nos baseamos nos pressupostos de validade de face, que são teóricos e resultados de um modelo clínico-experimental.

Segundo orientação de VALLERAND¹⁷, para análise de conceitos é preciso levantar questões sobre o(s) objeto(s) de estudo, sobre a coerência conceitual entre a teoria em uso e sua aplicabilidade no instrumento e na definição dos termos utilizados.

Vale a pena ressaltar que como vimos apontando durante toda esta investigação, o OPHI é fundamentado em um determinado modelo de compreensão da

Terapia Ocupacional e, portanto, indissociável do mesmo. Sendo assim, é impossível estudar esse instrumento sem se levar em conta as bases conceituais que o norteiam. Apesar da leitura exaustiva que fizemos de todo o protocolo explicativo e dos estudos que o utilizaram, não pudemos discriminar conceitualmente qual é o objeto de estudo a ser medido pelo OPHI. Essa falta de delimitação teórica que se reflete na construção metodológica e na elaboração dos instrumentos – protocolos de investigação – nos levam a questionar a aplicabilidade científica do modelo e de seus instrumentos.

Frente ao acima exposto, usando questões-modelo propostas por VALLERAND¹⁷, construímos as questões abaixo relacionadas para estudo da validade de face do OPHI.

- *A “Ocupação Humana” pode ser considerada historicamente um objeto científico dentro da Terapia Ocupacional?*

Por dois motivos acreditamos que não:

- em primeiro lugar porque, como vimos anteriormente, esse não é um conceito suficientemente delimitado e definido a ponto de permitir sua verificação segundo os pressupostos do método científico;
- em segundo lugar, apesar do nome da profissão ser Terapia Ocupacional, seu principal instrumento de intervenção tem sido denominado de “atividades” e não de “ocupação”.

A partir do século XVIII, o uso do termo “trabalho”, foi utilizado nas práticas que originaram a profissão de Terapia Ocupacional mas, somente alguns poucos autores se referem, desde esse tempo, ao termo “ocupação”.

Além disso, segundo os próprios autores MALLINSON et al.¹⁵, apesar de se discutir muito a ocupação humana, “*existe pouca evidência empírica da estrutura e conteúdo desses conceitos em Terapia Ocupacional*” (p.12).

- *O protocolo deixa claro o que quer medir?*

O “Modelo de Ocupação Humana” (KIELHOFNER)¹¹ foi baseado nas experiências de Mary Reilly (1970), que considera o homem como uma totalidade. Para KIELHOFNER¹¹ a demanda social do ser “humano ocupacional” está contida em três áreas

caracterizadas como: Produtividade, Atividades de Vida Diária e Tempo Livre.

A "conduta ocupacional" é definida como sendo:

"...as atividades que as pessoas realizam durante a maior parte do tempo, quando despertos e incluem: atividades lúdicas, de descanso e produtivas, quer dizer, o trabalho, o jogo e as atividades de vida diária, próprias de um indivíduo e são baseadas em suas crenças, preferências, experiências que tenham tido em seu ambiente e os modelos de conduta adquiridos ao longo do tempo" (KIELHOFNER, 1985, p.23)¹¹.

No protocolo de pesquisa "A Entrevista da História do Desempenho Ocupacional - OPHI" (KIELHOFNER et al.)¹² o objeto de estudo é o "desempenho ocupacional", no passado e no presente, avaliando tanto pacientes portadores de deficiências físicas como de distúrbios mentais. Nele, o "desempenho ocupacional", baseado no "Modelo de Ocupação Humana", é medido através de cinco categorias:

"...organização de rotinas diárias; papéis sociais; interesses, valores e metas; percepção das habilidades e admissão de responsabilidades e as influências ambientais. Essas áreas categorizadas são medidas pelo critério de maior ou menor adaptação" (p. 7 e 8).

Comparando as categorias descritas no "Modelo da Ocupação Humana" e no protocolo do OPHI, este segundo possui as mesmas categorias do primeiro, mas subdivididas, como por exemplo as da "conduta ocupacional". Parece, então, não haver nenhuma definição conceitual que discrimine esses três termos: "ocupação humana", "conduta ocupacional" e "desempenho ocupacional". Por não haver essa definição, podemos considerar esses três termos como sinônimos.

MALLINSON et al.¹⁵ atualizam esses conceitos em recente artigo ainda não publicado, gentilmente cedido pelo autor:

"...a ocupação é definida como sendo a relação entre uma forma ocupacional e um desempenho ocupacional. Desempenho ocupacional significa o fazer. Forma ocupacional significa o objeto, ou a forma como ele foi feito..." (p. 12).

Nesses últimos escritos são mencionados dois

outros termos: "função ocupacional" e " adaptação ocupacional", referenciados da mesma maneira que os anteriores. Não havendo portanto no Modelo da Ocupação Humana definições conceituais em relação a estes termos e sim, as mesmas categorias empíricas estabelecidas para delimitar a abrangência dos termos.

A terceira questão é consequência das duas anteriores:

- *Que hipótese(s) teórica(s) sustenta(m) a existência das medidas ou dessa forma de medida no instrumento OPHI?*

Aparentemente, as hipóteses não são teóricas e sim empíricas, baseadas apenas nas três ou cinco áreas já referidas, observadas empiricamente na experiência clínica. Por este motivo destacamos a quarta questão:

- *Os indicadores, três ou cinco áreas categorizadas, possuem suficiente validade para responder à presença, gravidade, ou mesmo diagnosticar a condição ocupacional do sujeito?*

Primeiramente, observamos que as categorias propostas pelo OPHI não são suficientemente resistentes às diferenças de cultura, ou seja, essas diferenças culturais não estão presentes nem são previstas. O que nos chama a atenção, entretanto, é que parece existir a crença de que apenas a medida do "desempenho ocupacional" é suficiente e universal para avaliar a adaptação do sujeito ao seu meio.

Por fim, fica-nos ainda uma dúvida:

- *É possível, através do estudo do "desempenho ocupacional", detectar o grau de necessidades dos pacientes para uma intervenção em terapia ocupacional?*

Para os clínicos, esta é uma questão fundamental. A demanda inicial, de quase todos os pacientes, tanto da área física quanto da área mental, é de não poder e/ou não conseguir fazer algo, ou mesmo nada.

É evidente que distúrbios e deficiências graves alteram profundamente as atividades profissionais, de estudo, sociais e de lazer, sendo estas consequências, e não causa da problemática. Então, apesar da demanda ser "ocupacional" (para usar o termo do modelo em questão), não nos parece que as soluções a serem buscadas em terapia ocupacional possam ser norteadas apenas pelo "desempenho ocupacional".

Acreditamos que os autores, por não abordarem as

problemáticas afetivo-emocionais e mesmo sociais (preconceitos, marginalizações, exclusões), parcializam e compartimentalizam os sujeitos alvos de nossas intervenções.

DISCUSSÃO

A apresentação extensiva dos procedimentos da pesquisa, incluindo nossos achados, deixam para esta discussão alguns comentários finais.

Estudos multicêntricos transculturais incentivam a tradução e adaptação de instrumentos diversos para avaliação em todas as profissões da Saúde. Por outro lado, as difíceis condições para obtenção de recursos para investigação e desenvolvimento de nossos próprios instrumentos de avaliação têm sido os dois principais fatores para a prática de tradução e adaptação.

Em Terapia Ocupacional, acrescenta-se o fato de que não há, na profissão, a tradição mundial na construção desse instrumental. Acreditamos que isto explica, em parte, a penetração que os protocolos de avaliação propostos por KIELHOFNER et al.¹² tenham tido até agora. O material proposto por essa equipe, apesar da quantidade de instrumentos construídos, não tem, a nosso ver, passado por estudos criteriosos no sentido de qualificar as avaliações propostas.

No presente estudo, tomamos os cuidados possíveis para garantir uma boa qualidade na tradução. Todos os procedimentos demonstrados no corpo do trabalho: tradução múltipla, estudo em comissão por especialistas na área, etc. resultaram na necessidade de compor, por várias vezes, a coerência interna do protocolo. Na tradução lingüística ou literal e a tradução cultural, verificamos que muitas vezes foi preciso explicar o significado de uma palavra em vez de tentar substituí-la por vocábulos sinônimos sem considerar seu uso contextual e/ou cultural.

O tratamento estatístico aplicado resultou em um sucesso, uma vez que confirmou as dificuldades encontradas no processo de tradução. Através dele pudemos também perceber que as diferenças nas respostas estavam nos avaliados e não nos avaliadores. Ou seja, considerando que os critérios *SC* (similar completo) e *SI* (similar incompleto) denotam uma similaridade (completa ou parcial) entre as versões respondidas (inglês e português) e que somente o conceito *DD* (diferente) denota uma discrepância muito grande entre as respostas, pudemos concluir pela

qualidade da tradução e observar que as diferenças encontradas no *avaliado 4* são resultados de um nível inferior dos demais em relação à proficiência em inglês.

Verificamos também que *seis* perguntas destoavam estatisticamente das anteriores, sugerindo algum problema mais específico na sua formulação. Devido a todo cuidado que tivemos na tradução do instrumento, pudemos avaliar que essas questões apresentam problemas de clareza, sentido e compreensão na versão original. Como nosso estudo vem sendo acompanhado pelo autor, estas questões foram remetidas a ele, para uma possível reedição.

No estudo de confiabilidade não houve, então, dificuldades em identificar uma estrutura estável consistente de composição dos itens do protocolo.

No estudo de validade de face esperávamos encontrar conceitos teóricos ou mesmo técnicos definidos ou claramente discriminados, de tal forma a nos instrumentalizar, tanto para a aplicação do protocolo como para a avaliação dos resultados. Ao não tê-los claramente definidos, isso nos acarreta duas preocupações em relação à continuidade deste estudo.

A escala OPHI foi proposta originalmente para ser utilizada com pacientes portadores de diferentes problemáticas (psíquicas, físicas, geriátricas, etc.). No Brasil, o foco principal da intervenção do terapeuta ocupacional na área de psiquiatria é centrado na clínica das psicoses e somente após diversos contatos com o autor do protocolo pudemos entender que a demanda psiquiátrica com a qual utilizavam o instrumento era centrada em pacientes deprimidos, na clínica das dependências, distúrbios bi-polares e em estados de ansiedade, diferente da nossa realidade.

Apesar de estudos epidemiológicos discutirem a aplicação direta de protocolos em pacientes psicóticos, resolvemos utilizar o OPHI nos usuários do CAPS/PIDA que, apesar de serem considerados graves, encontram-se em fase última do processo de reabilitação e seria desejável a aplicação do protocolo inclusive como subsídios para possíveis encaminhamentos profissionais dessa população.

Em vista do acima exposto, onde apontamos dificuldades conceituais, dificuldades inerentes à população alvo e, sem dúvida, de diferenças culturais, como estabelecer critérios para adaptar e aplicar o OPHI?

A segunda dificuldade diz respeito à escolha inicial do protocolo OPHI, que trazia como um dos seus pressupostos seu caráter eclético e que a sua utilização

BENETTON, M.J., LANCMAN, S. Estudo de confiabilidade e validação da "Entrevista da história do desempenho ocupacional". *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.3, p.94-104, set. / dez., 1998.

era compatível a terapeutas filiados a múltiplas e diversas teorias. Segundo KIELHOFNER et al.¹², a definição da "estrutura" do protocolo como "ecletica" é baseada na sua definição para este conceito. Segundo os autores, terapeuta eclético é aquele:

"...que se utiliza de conceitos sem um único conjunto de conceitos teóricos como estrutura primeira para raciocínios clínicos" (p.23).

Do ponto de vista teórico, o ecletismo pode ser considerado um método estruturado, onde a reunião de teses diversas constituem uma unidade superior, nova e criadora. O caráter empírico da clínica demanda na assistência, escolhas e diferentes formas de condutas, com as quais espera-se chegar aos objetivos da intervenção, sem a observância de uma linha rígida de pensamento. Uma conduta clínica eclética pode e deve ser a resposta a uma demanda pessoal. Uma conduta não é apenas uma resposta metodológica ou técnica, mas a adaptação dela ao sujeito que a demanda. Por isso o ecletismo, na prática, existe até para

profissionais que se utilizam de estrutura teórica única.

Em Terapia Ocupacional a questão do ecletismo pode ser matéria de um longo e profundo estudo, uma vez que a profissão recebe influência de conceitos médicos, psicológicos, sociológicos, antropológicos, educacionais, etc. na estrutura de suas teorias da técnica.

Pela complexidade das questões acima relatadas não podemos afirmar que possa ser aceita, mesmo para fins de pesquisa e aplicação clínica a definição de estrutura eclética proposta pelos autores.

As questões que deixamos em aberto neste estudo são, a partir de agora, as hipóteses com as quais estamos trabalhando em outra pesquisa sobre a aplicação e validação do OPHI, com pacientes psiquiátricos. No futuro pretendemos construir pelo menos um protocolo de avaliação de terapia ocupacional na área da Saúde Mental, a partir de teorias da técnica e de experiências empíricas no Brasil.

AGRADECIMENTOS: Prof. Gary Kielhofner, Prof. Dra. Livia Magalhães, Prof. Dra. Sandra Galheigo, Prof. Joaquim Sena Maia, Solange Tedesco, Patricia Viotti, José Bacelar, Andrea Amparo, Renata Bertolozzi Varela, Beatriz Vogel, Regina Trivino Saldanha, às alunas do Curso de Terapia Ocupacional, à FAPESP e ao CNPq.

BENETTON, M.J., LANCMAN, S. Confiability and validity study of OPHI. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.3, p.94-104, set. / dez., 1998.

ABSTRACT: This study concerns the methodology used in the translation, in the analysis of confiability and validity of the instrument "Occupational Performance History Interview" created by Gary Kielhofner and col. The study of confiability of the traduction of this instrument made by various techniques of statistical measure resulted in a final version, but some questions must be better studied so that we can find the real signification. The vality face, technique of conceptual analysis, was used to analyze the study object of the instrument OPHI, in the case of occupational performance.

KEYWORDS: Evaluation studies, questionnaires. Occupational therapy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, O.P., BAXTER, L., LARANJEIRA R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro : Guanabara, 1996.
2. BENETTON, M.J. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Tese (doutorado) - Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, UNICAMP, 1994.
3. BRISLIN, R. W. Back Translation for cross-cultural research. *J. Cross-cultural Psychol.*, v. 1, n.3, p. 185-216, 1970.

BENETTON, M.J., LANCMAN, S. Estudo de confiabilidade e validação da "Entrevista da história do desempenho ocupacional". *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.3, p.94-104, set. / dez., 1998.

4. BRISLIN, R.W. The wording and translation of research instruments. In: LONNER, W., BERRY, J. eds. *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills, CA : Sage. 1986. p. 137-64.
5. BRISLIN, R.W., LONNER, W.J., THORNDIKE, R.M. *Cross-cultural research methods*. New York : John Wiley & Sons, 1973.
6. BRUSCATO, W.L. *Tradução, validação e confiabilidade de um inventário de avaliação de relações objetivas*. São Paulo, 1998. Dissertação (mestrado) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo.
7. CUBIE, S., KAPLAN, K. A case analysis method for the model of human occupation. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 36, p. 645-56, 1982.
8. GARYFALLOS, G., KARASTERGION, A., ADAMOPROULI, A., MOUTZOUKIS, C., ALAGIOUZIDOU, E., MALA, D., GARYFALLOS A. Greek version of the general questionnaire accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 84, p. 371-8. 1991.
9. HACHEY, R., JUMOORTY, J., MERCIER, C. Methodology for validating the translation of test measurements applied to occupational therapy. *Occup. Ther. Intern.*, v. 2, p. 190-203, 1995.
10. KIELHOFNER, G. *Health through occupational: theory and practice in occupational therapy*. Philadelphia Pa. : F.A. David, 1983.
11. KIELHOFNER, G. *A Model of human occupation*. Baltimore, Md. : Williams and Wilkins, 1985.
12. KIELHOFNER, G., HENRY, A.D., WALENS, D. *A user's guide to the occupational performance history interview*. American Occupational Therapy Association, 1989.
13. LANCMAN, S., BENETTON, M.J. *Definição de instrumentos de avaliação em terapia ocupacional. Relatório parcial de pesquisa, CNPq, 1998. [mimeo]*.
14. LANE, S. *Apostila do curso de pós graduação em psicologia social*. Campinas : PUCSP, 1980.
15. MALLINSON, T., MAHAFFEY, L., KIELHOFNER, G. *The occupational performance history: evidence for three underlying constructs of occupational adaptation*. 1998 [prelo].
16. MITCHELL, R. *The problems and possibilities of measuring social attitudes in African Social Surveys*. Communication présentée à la 9^e Conférence Annuelle de L'Association pour les Études Africaines. Bloomington : Indiana, 1966.
17. VALLERAND, R.J. Vers une methodologie de validation Trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Can. Psychol. Psycholog. Canad.*, v. 30, n. 4, p. 662-80, 1989.

Recebido para publicação: 05/10/98

Aceito para publicação: 27/10/98

ABORDAGEM QUALITATIVA EM TERAPIA OCUPACIONAL: UM PANORAMA GERAL

Cecília Cruz Villares*

VILLARES, C.C. Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: um panorama geral. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.105-13, set. / dez., 1998.

RESUMO: O presente artigo apresenta um panorama das principais pesquisas de abordagem qualitativa realizadas no campo da terapia ocupacional na última década. Uma revisão de literatura foi conduzida em quatro revistas: *American Journal of Occupational Therapy*, *Occupational Therapy International*, *Canadian Journal of Occupational Therapy* e *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Os artigos encontrados foram agrupados em cinco grandes áreas de pesquisa: 1) aspectos conceituais e metodológicos da pesquisa qualitativa em terapia ocupacional; 2) investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional; 3) etnografias de populações clínicas específicas; 4) investigações conduzidas com estudantes de terapia ocupacional e, 5) estudos de valores e parâmetros profissionais. O objetivo desse artigo é introduzir as principais tendências nesse campo de pesquisa e contribuir com algumas questões acerca dos fundamentos, aplicações, perspectivas e limites deste campo de investigação para a terapia ocupacional no Brasil.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, tendências, Pesquisa.

INTRODUÇÃO

PARTINDO PARA UMA EXCURSÃO PANORÂMICA: A IDÉIA

Quando eu estava reunindo material bibliográfico para escrever a seção de metodologia de minha tese de mestrado, um dos primeiros artigos que encontrei sobre abordagem qualitativa em saúde foi o artigo de SPENCER²⁴, coincidentemente uma terapeuta ocupacional. Fiquei muito curiosa para saber como a terapia ocupacional

estava se desenvolvendo nesse campo, mas a necessidade de manter a disciplina e a objetividade do trabalho da tese me obrigou a adiar essa idéia para depois da conclusão daquele projeto. Retomando a idéia tempos depois, ao introduzir o assunto no primeiro artigo sobre abordagem qualitativa em terapia ocupacional (VILLARES)²⁸, eu apresentei os principais aspectos conceituais concernentes ao tema pois havia, àquela altura, reunido alguns artigos relatando investigações qualitativas em terapia ocupacional que pensei serem bons exemplos para compor um segundo

* Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Mental. Coordenadora do Curso de Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, EPM.

Endereço para correspondência: Cecília Cruz Villares. Departamento de Psiquiatria. UNIFESP, EPM. Rua Botucatu, 740. 3º andar. 04023-900. São Paulo, SP.

artigo, específico sobre pesquisa qualitativa em nosso campo profissional. Entretanto, à medida que fui estudando o material inicialmente reunido, fui sendo levada a buscar mais artigos abrangendo aspectos muito diversos da questão. E diante do volume de trabalhos que encontrei (mesmo não tendo pretendido realizar uma busca exaustiva), percebi que teria que reformular meu pequeno projeto inicial de apenas ilustrar com alguns exemplos o universo da abordagem qualitativa em terapia ocupacional, pois do contrário estaria deixando de reconhecer a extensão e a importância do tema no cenário acadêmico e científico atual. O texto a seguir é, portanto, uma tentativa de produzir um panorama geral das iniciativas de pesquisa e das principais questões e controvérsias encontradas nas publicações de 1989 até o presente. Não tive a intenção de realizar uma revisão definitiva, mas sim despertar o interesse para esse campo promissor da terapia ocupacional, um convite a uma excursão por essas novas trilhas.

O PROGRAMA DA EXCURSÃO PANORÂMICA: ESCOLHENDO AS TRILHAS

A questão da pesquisa qualitativa entrou na agenda da terapia ocupacional motivada principalmente pela constatação de que os modelos conceituais e os métodos tradicionais de investigação científica não estavam sendo capazes de responder questões cruciais sobre o ensino e a prática profissional. As indagações de experientes terapeutas ocupacionais publicadas em editoriais (YERXA)³⁰ ou em transcrições de conferências (SPENCER)²⁴ por exemplo, indicavam que o momento seria de reconsiderar parâmetros para avaliação de medidas terapêuticas, redefinição da tarefa e dos papéis profissionais e do setting terapêutico, para citar apenas algumas das questões levantadas. É evidente que estas propostas surgiram dentro de um contexto maior de mudança de paradigma. Usando um conceito próprio da antropologia, poderíamos dizer que estas propostas surgiram num momento de “virada” (um “turning point”), um momento crítico marcado pela redefinição de objetivos, papéis e relações em determinada história de vida, segundo a visão do sujeito estudado.

WHITEFORD²⁹ situa este momento histórico da terapia ocupacional num contexto global que apresenta três tendências concomitantes: em primeiro lugar, e mais importante, o desenvolvimento de novos paradigmas de pensamento e de percepção do mundo;

em segundo lugar, o crescente reconhecimento e fortalecimento dos grupos étnicos e indígenas; e por fim, o movimento de legitimação dos direitos do consumidor, ou usuário, dos serviços de saúde. O grande denominador comum destas questões é o entendimento que nós, seres humanos, estamos sempre imersos em sistemas culturais, produzindo e reproduzindo cultura, através de, como organizamos e significamos cada ato em todos os contextos em que nos encontramos e, em todas as relações que estabelecemos em nossas vidas. O movimento em direção ao reconhecimento de conceitos nativos e visões alternativas surge deste movimento ecológico-sistêmico e começa a elaborar a inclusão de perspectivas que dêem conta de aspectos socioculturais na formulação e na condução das questões fundamentais dos serviços de saúde.

Como estas tendências têm se manifestado no campo das pesquisas em terapia ocupacional?

Para responder a essa questão, procurei selecionar artigos que representassem exemplos das diversas aplicações da abordagem qualitativa em nosso campo profissional. Por esse motivo, não incluí aqueles que não apresentassem explicitamente esse propósito, principalmente quanto aos aspectos metodológicos adotados. Para organizar este panorama eu escolhi agrupar os estudos em alguns grandes temas que chamei de caminhos, ou trilhas, nesta excursão peculiar:

- Aspectos conceituais e metodológicos da investigação qualitativa em terapia ocupacional e reabilitação (KREFTING; SPENCER; SPENCER et al.)^{14,24,25};
- Estudos gerados a partir do projeto de investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional (COHN; FLEMING; HELFRICH e KIELHOFNER; HELFRICH et al.; MALLINSON et al.; MATTINGLY; MATTINGLY e GILLETTE)^{4,6,7,11,12,18,19,20,21};
- Estudos etnográficos de clientela específicas, em "settings" diversos (GITLIN et al.; HASSELKUS; LLWELLYN; SUTO e FRANK)^{8,10,15,26};
- Investigações conduzidas com estudantes de terapia ocupacional (COOK; LYONS; LYONS e ZIVIANI; WHITEFORD)^{3,16,17,29};
- Investigações sobre questões da prática profissional, feitas com terapeutas ocupacionais, não relacionadas ao estudo de raciocínio clínico

em terapia ocupacional (KINÉBANIAN e STOMPH; MOLL e COOK; SACHS e LABOVITZ; TOWNSEND)^{13,22, 23,27};

Estudos de caso, como os apresentados em CLARK², EKLUND⁵ e JACKSON⁹ e, para citar um exemplo da produção nacional, BRUNELLO¹, são também um exemplo de interpretação de dados em um estudo qualitativo. Optei, entretanto, por não discutir esses trabalhos neste artigo. Minha justificativa para deixá-los de fora desta revisão é a necessidade de uma discussão mais ampla desta modalidade de apresentação, uma vez que me parece muito pouco claro o que diferencia um “estudo de caso” enquanto estratégia de pesquisa qualitativa, de um “estudo de caso” enquanto o relato reflexivo de uma história no contexto do tratamento. Para um antropólogo essa não é uma questão relevante, uma vez que, nenhum antropólogo é terapeuta. Mas, essa é justamente a nossa encruzilhada quando desempenhamos esse duplo papel de “terapeutas-etnógrafos”. Para a antropologia, o “estudo de caso” é uma forma de ilustrar determinadas categorias ou temas relevantes a um grupo cultural. E, para o terapeuta, será possível adotar essa posição? Poderemos afirmar que todo estudo de caso clínico é um estudo qualitativo? Quais critérios permitem definir que um estudo de caso da clínica seja uma forma de apresentação de resultados de uma investigação qualitativa? Estas são apenas algumas de muitas questões que tornam esse tema merecedor de bem mais que um parágrafo de artigo.

EXCURSÕES PARA TODOS OS NÍVEIS: TRILHAS ABERTAS

Aspectos conceituais e metodológicos

É importante ter bons mapas em mãos ao partir para uma excursão por novas trilhas. Nesse sentido, encontrei três artigos que funcionam fundamentalmente como norteadores, estabelecendo os limites do terreno, definindo rotas possíveis e orientando quanto às condições básicas para uma investigação qualitativa bem sucedida.

SPENCER²⁴, já citada na introdução deste artigo, desenvolve uma reflexão a respeito do método qualitativo baseada em três aspectos fundamentais da clínica que não podem ser investigados adequadamente sob uma perspectiva quantitativa: as questões de significado, de contexto e de mudança. Segundo SPENCER²⁴, estes aspectos centrais para a

compreensão dos processos de reabilitação devem merecer investigações qualitativas. Procedendo a uma revisão da literatura e apresentando aspectos gerais desta forma de abordagem, a autora nos introduz ao tema e aponta as principais implicações para a clínica e para a própria pesquisa em reabilitação. O artigo de SPENCER²⁴ é particularmente útil como leitura inicial, uma vez que realiza, de fato, um vôo panorâmico pela questão desde os princípios básicos da pesquisa qualitativa, apresentando conceitos-chave nesse campo, até as questões mais específicas de utilidade do método no campo da pesquisa clínica.

A questão dos *critérios de avaliação* do que seja uma boa pesquisa qualitativa é um assunto complexo, dada a natureza e o propósito deste tipo de investigação. Os parâmetros clássicos de validade e reprodutibilidade não são adequados para apreender os aspectos narrativos, simbólicos ou subjetivos que caracterizam a investigação qualitativa. KREFTING¹⁴, refletindo as ponderações de diversos autores a esse respeito, apresenta o modelo proposto por Guba para avaliação do rigor em pesquisa qualitativa baseado em quatro componentes fundamentais de *fidedignidade*: o valor de verdade, a aplicabilidade, a consistência e a neutralidade. A autora discute estratégias para que se preencham esses critérios no desenvolvimento de um projeto de pesquisa. E embora não faça uma reflexão crítica dos aspectos que compõem a avaliação de fidedignidade, o artigo é um bom ponto de partida para a elaboração de questões básicas a respeito da construção de um projeto de estudo qualitativo, desde a sua concepção até questões metodológicas importantes para seu efetivo sucesso.

O artigo de SPENCER et al.²⁵ é também uma referência importante para pensarmos a questão da abordagem qualitativa, particularmente a etnografia. Nesse trabalho as autoras propõem examinar a utilidade de métodos etnográficos para avaliar o funcionamento de pacientes nas atividades do cotidiano. Ao examinar o método etnográfico e suas semelhanças com o processo de avaliação clínica em terapia ocupacional, as autoras discutem a aplicabilidade, as vantagens e desvantagens desta forma de avaliação para a clínica de terapia ocupacional. É uma proposta interessante porque reflete sobre o uso, no contexto clínico, de uma abordagem inicialmente construída no contexto da pesquisa de campo, e essa é uma questão central para qualquer terapeuta que se lance a pesquisar a clínica. Por outro lado, coloca a questão dos limites

para a transposição de conceitos e métodos de pesquisa no campo do cotidiano da clínica. É, portanto, um artigo rico em informações básicas sobre etnografia, com importantes referências bibliográficas sobre o tema, além de uma fonte de questões reflexivas sobre as perspectivas examinadas.

O projeto sobre raciocínio clínico em terapia ocupacional

A história do desenvolvimento de um projeto de investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional é apresentada por COHN⁴ na introdução de uma edição do *American Journal of Occupational Therapy* inteiramente dedicado a esse tema. As perguntas que orientaram esse projeto, segundo COHN⁴, foram surgindo da constatação de que o ensino de graduação não estava preparando adequadamente os terapeutas para examinar criticamente a sua prática. A essa questão pedagógica somaram-se especulações sobre o campo da prática em terapia ocupacional, levando a indagações como:

“É possível descrever o nosso processo de raciocínio clínico? Podemos reconhecê-lo quando o vemos? Como se realizam as decisões clínicas na prática? Por que essas decisões são feitas da maneira como são?”(COHN, 1991, p. 969)⁴

O projeto inicial é narrado no artigo de MATTINGLY e GILLETTE²¹ que descrevem o desenvolvimento de uma etnografia de dois anos de um grupo de terapeutas ocupacionais de diversas especialidades em um grande hospital norte-americano. O objetivo principal do estudo foi examinar como os terapeutas ocupacionais raciocinam na clínica, quais aspectos caracterizam o raciocínio clínico de terapeutas experientes e de terapeutas recém-formados. Dentre os aspectos do processo de pesquisa narrados no artigo, o mais interessante é a transformação do estudo, inicialmente uma etnografia da clínica da terapia ocupacional, em uma “pesquisa de ação”, na medida que os profissionais estudados juntaram-se aos pesquisadores para refletir sobre o material pesquisado, formando um grupo de reflexão colaborativa que contribuiu tanto para o aprofundamento e enriquecimento dos temas estudados como para uma reflexão da prática destes profissionais envolvidos no estudo.

Este estudo piloto foi o disparador de vários

projetos colaborativos educacionais e de pesquisa, uma vez que ao grupo original de pesquisadores foram se associando agências financiadoras e universidades que possibilitaram a expansão da proposta de estudo inicial. Ao desenvolver-se como pesquisa participativa e projeto colaborativo transdisciplinar, o estudo sobre raciocínio clínico em terapia ocupacional tornou evidente e despertou a discussão de questões fundamentais da nossa prática: refletir sobre os pressupostos tácitos que guiam a clínica, a necessidade de falar da clínica num contexto não dominado pelo discurso médico, as possibilidades de resolução do conflito entre as decisões clínicas que atendem os limites impostos por políticas e normas de saúde e a manutenção do foco individualizado no tratamento, as relações de poder dentro do sistema de saúde. Um dos resultados mais apreciados por todos que participaram deste projeto foi a possibilidade de tornar explícito todo o conhecimento tácito e através da reflexão em grupo ampliar recursos na clínica, gerando maior confiança profissional.

Dentre os artigos gerados a partir desse grande estudo, MATTINGLY^{19,20} trata especificamente da delimitação do campo epistemológico para a abordagem das narrativas clínicas, refletindo sobre as particularidades do raciocínio clínico em terapia ocupacional. Segundo a autora, é necessário reconhecer que no campo da clínica de terapia ocupacional, o raciocínio clínico é dirigido à ação e, diferente do raciocínio preditivo instrumental do clínico, constitui um processo de constante reavaliação em que o terapeuta utiliza informações produzidas ao longo de uma sessão, mediadas pela relação terapêutica na atividade que se desenrola, junto a elementos da história do paciente, dados do ambiente e de objetivos de curto e longo prazo para a terapia. De maneira geral, esses elementos não são claramente reconhecidos pelos terapeutas quando refletem sobre determinadas atitudes e decisões clínicas. MATTINGLY^{19,20} sustenta que esse modo particular de raciocínio clínico em terapia ocupacional acontece porque é dirigido não à doença ou incapacidade, mas aos valores, crenças e significados atribuídos e vividos – fundamentalmente à experiência da doença. Constitui, portanto, uma abordagem polissêmica na construção conjunta da experiência do tratamento, num processo sempre aberto e incerto. Nas palavras de MATTINGLY²⁰:

“...terapeuta e paciente precisam compartilhar uma história sobre o processo terapêutico; eles precisam

chegar a verem-se juntos numa mesma história (...) Como é construída essa história? (...) Através do compartilhamento de experiências terapêuticas potentes que apontam para uma história prospectiva – o caminho que a terapia irá trilhar” (MATTINGLY, 1991b, p. 1002)²⁰.

A constatação que os terapeutas ocupacionais pensam e descrevem a clínica em termos narrativos - “Os terapeutas criam, bem como contam histórias” (1991b, p. 1000)²⁰ pode ser entendida de duas maneiras: o narrar histórias constitui o modo predominante de discurso do terapeuta ocupacional, mas também a criação de histórias no contexto clínico envolve o uso de narrativas, segundo MATTINGLY²⁰, na criação de um “*therapeutic emplotment*” – cuja tradução aproximada seria “enredamento terapêutico” – a criação conjunta da *trama* que possui tanto o sentido do enredo da história como da urdidura do tecido. A abordagem narrativa é, portanto, o modo particular de organizar a experiência clínica, pois é através da narrativa que percebemos o sentido da experiência humana. Os artigos de FLEMING^{6,7} contribuem também com mais resultados e reflexões sobre as diferenças entre o raciocínio clínico médico e o do terapeuta ocupacional (1991a)⁶ e, descrições mais detalhadas dos tipos e processos de raciocínio clínico do terapeuta ocupacional nos diferentes momentos da prática clínica (1991b)⁷.

Seguindo a trilha das narrativas, três estudos exploram aspectos particularmente interessantes para a clínica da terapia ocupacional: HELFRICH et al.¹² realizam uma investigação minuciosa dos relatos de dois pacientes psiquiátricos para refletir sobre o sentido do conceito de *volição* (segundo o Modelo de Ocupação Humana de Kielhofner) e examinar o valor de uma abordagem narrativa para entender como se estruturam nas narrativas as percepções sobre os valores, os interesses e as motivações que determinam o modo como cada um faz suas escolhas de ocupação e atividade no cotidiano. A partir do que denominam “narrativas volitivas”, HELFRICH e KIELHOFNER¹¹ ampliam a análise, num segundo artigo, para investigar como essas narrativas influenciam a o significado do processo terapêutico para cada um dos dois pacientes entrevistados. Os autores propõem que, para esse tipo de análise é preciso abandonar a noção de que o paciente “entra em terapia” e começar a ver que “a terapia é um evento que entra na vida do paciente” (p.

320). Essa perspectiva significa compreender que o significado do processo terapêutico vai ser construído a partir daquilo que é significativo segundo as referências de cada paciente. É uma afirmação que pode parecer óbvia, mas no entanto os processos de avaliação que orientam as práticas terapêuticas (nesse caso sob a perspectiva do Modelo de Ocupação Humana de Kielhofner) comumente levam os terapeutas a olhar para aspectos como a volição enquanto “dados coletados” no sentido de formular uma compreensão “objetiva” do paciente, e não como um meio de partilhar da sua visão-de-mundo (p.323). Nesse sentido, os autores propõem que essa “nova” perspectiva leva a uma redefinição do significado da avaliação no processo terapêutico. E levanta questões importantes sobre os objetivos da avaliação e, como o terapeuta pode se enganar ao determinar caminhos para o processo terapêutico baseado em suas avaliações. Além disso, ao revelar as discontinuidades entre as narrativas dos pacientes e dos terapeutas, o estudo evidenciou aspectos do processo de comunicação destes que, embora não fossem objetivo de análise, surgiram enquanto observações adicionais que ficam como questões para investigações subsequentes.

Um terceiro exemplo de análise das narrativas vem de um estudo realizado por MALLINSON et al.¹⁸. Utilizando dados de 20 entrevistas anteriormente realizadas num estudo de reprodutibilidade da Escala OPHI (Occupational Performance History Interview) e partindo da constatação de terapeutas que aplicaram a escala de que, as informações qualitativas são sempre mais ricas do que os escores correspondentes atribuídos. Esses autores procuraram identificar meios interpretativos úteis para entender as histórias contidas na porção narrativa que complementa os dados da Escala OPHI. As questões principais que orientaram o estudo foram: Quais fatores narrativos e quais os meios úteis para localizá-los nos dados obtidos com a OPHI? O que esses fatores revelam a respeito de como os pacientes significam as suas vidas? Qual o valor dessas informações para entender as perspectivas dos pacientes e para planejar a terapia? (p. 339). Segundo os autores, o aspecto mais interessante propiciado pela análise das narrativas foi a possibilidade de identificar “metáforas profundas” (p. 341) contidas nos relatos dos pacientes. Duas destas são apresentadas no artigo: *metáforas de “momentum”* (no sentido de quantidade de movimento), através de imagens de velocidade, inércia, ímpeto, aceleração e desaceleração nas histórias de vida, e, *metáforas de “aprisionamento”*, ilustrando

sentimentos e circunstâncias de confinamento, restrições e o desejo de achar uma saída ou escapar às circunstâncias da vida ligadas à experiência da doença.

Etnografias de clientelas específicas, em "settings" diversos

Algumas possibilidades de abordagem etnográfica para investigações em populações clínicas podem ser constatadas nas publicações de quatro artigos refletindo estudos em "settings" bem diversos: SUTO e FRANK²⁶ descrevem um estudo realizado com pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia crônica, moradores de uma pensão abrigada em uma grande cidade norte-americana, abordando aspectos da perspectiva temporal e sua relação com a maneira como a instituição influencia a temporalidade e a habilidade destas pessoas para realizar atividades cotidianas e participar das rotinas da casa. LLEWELLYN¹⁵, na Austrália, explora as experiências de paternidade com pessoas com algum grau de deficiência mental. O artigo apresenta principalmente questões éticas e metodológicas relativas à realização desse tipo de estudo, trazendo importantes contribuições à reflexão de como proceder nesse campo com populações ditas "vulneráveis" e quais procedimentos adotar para garantir credibilidade a esse tipo de estudo. Ao mesmo tempo (e de maneira semelhante aos outros artigos que descrevem estudos etnográficos), a autora chama atenção para a oportunidade de examinar a experiência do ponto de vista da população estudada, rompendo com o padrão dominante de investigação segundo parâmetros definidos previamente pelo pesquisador.

Dois artigos abordam a questão dos cuidados com o idoso no ambiente familiar. HASSELKUS¹⁰ realizou uma etnografia do significado das atividades cotidianas de cuidado do idoso por familiares nela envolvidas. GITLIN et al.⁸, usando quatro princípios fundamentais da etnografia (informantes-chave, abordagem emic, processo reflexivo e desenvolvimento de uma estrutura analítica para o processo interpretativo dos dados), apresentam uma estrutura para a avaliação pelo terapeuta ocupacional, das necessidades dos familiares envolvidos com o cuidado de um parente idoso em casa a partir do que esses familiares identificam e valorizam em seu cotidiano. Nesse artigo é possível verificar como pode se dar a transposição de princípios de investigação do campo da antropologia para a prática clínica, uma vez que as autoras expõem o processo de desenvolvimento de sua estrutura e as implicações para

o processo de avaliação e condução da intervenção em uma área que vem ganhando importância na prática da terapia ocupacional.

Investigações com estudantes de terapia ocupacional

Um campo fértil de aplicação de abordagens qualitativas é a investigação de aspectos da experiência pessoal e profissional dos próprios terapeutas ocupacionais. O trabalho relatado por COOK³, por exemplo, descreve as experiências da autora e de seus alunos envolvidos em uma disciplina de saúde mental da Universidade de Boston (EUA). É um estudo, do ponto de vista metodológico, bastante modesto – e a autora ressalta suas limitações na conclusão do artigo. Não obstante, lança questões sobre os fundamentos do ensino e das práticas de terapia ocupacional em saúde mental que curiosamente não eram o objetivo principal da investigação. E, esse é um bom exemplo de como pode ser lidar com esse tipo de ocorrência num projeto de investigação qualitativa. LYONS e ZIVIANI¹⁷ e LYONS¹⁶, da Austrália, apresentam os resultados de um estudo mais elaborado, que explorou as experiências de estudantes de terapia ocupacional durante o estágio de prática em psiquiatria. No primeiro artigo os autores concentram a análise em torno das expectativas, das percepções e dos estereótipos que os estudantes descrevem a respeito dos usuários dos serviços de psiquiatria da comunidade. Relatam também as mudanças ocorridas durante a experiência do estágio, e as implicações dos resultados deste estudo para o contexto educacional destes futuros terapeutas ocupacionais. No segundo artigo, LYONS¹⁶ explora as concepções que esses estudantes têm a respeito do que seria uma postura profissional adequada, as tensões e os conflitos ocasionados pelas demandas do contato terapêutico. É um trabalho muito interessante, metodologicamente bem desenvolvido, e as reflexões sobre as concepções do que significa "ser profissional" geram questões preciosas para o ensino e a prática.

WHITEFORD²⁹, na Nova Zelândia, explora a questão das influências significativas sobre as percepções de estudantes de primeiro ano de graduação a respeito de pessoas de outras culturas. É um artigo muito bem fundamentado, que discute a questão dos dilemas para a definição de cultura, as implicações das dimensões culturais na prática clínica e no ensino da saúde e nas relações entre o profissional e o cliente. O estudo é cuidadosamente apresentado, de forma que

compartilha com o leitor todas as etapas e questões, compondo quase um roteiro de sua realização. A discussão, entretanto, não vai além do nível descritivo dos temas encontrados.

Investigações sobre a prática profissional com terapeutas ocupacionais

Concluindo esse panorama, apresento quatro artigos que descrevem estudos em que o profissional olha para os parâmetros e valores que sustentam a própria prática, perguntando e avaliando, “de dentro”, os pressupostos e limites de sua atuação.

KINÉBANIAN e STOMPH¹³ realizaram na Holanda um extenso estudo qualitativo enfocando as dificuldades encontradas por profissionais no atendimento a pacientes imigrantes. A investigação teve o objetivo de conhecer os principais dilemas da prática e desenvolver instrumentos educacionais para serem usados nas escolas, com uma reflexão crítica sobre os valores dominantes na prática da terapia ocupacional. Dentre os dilemas relatados pelos terapeutas, por exemplo, a ênfase na aquisição de independência e a valorização da atividade como algo necessário e saudável num processo de recuperação do doente figuram como questões a serem repensadas em contextos de atendimento de pacientes de culturas diferentes da européia. SACHS e LABOVITZ²³, pesquisando os significados do papel de cuidador e as implicações decorrentes da característica predominantemente feminina da profissão, mergulham nas percepções de sete terapeutas ocupacionais mulheres americanas a respeito de suas construções sobre o significado do “cuidar”. O artigo descreve apenas um dentre quatro temas que emergiram desse estudo, o campo dos papéis e limites profissionais. TOWNSEND²⁷, num caminho bastante diferente dos apresentados até agora, realiza uma etnografia institucional, procurando mostrar como a terapia ocupacional se organiza em diferentes serviços de saúde mental do Canadá. A análise empreendida parte da descrição das práticas profissionais e busca uma articulação destas com os contextos e processos institucionais e aos contextos filosóficos e fundamentais destas práticas. É uma proposta complexa, que pretende desvendar a organização social de um campo de conhecimento, e diante dessa tarefa o artigo desenvolve um argumento rico em considerações e implicações para a prática, o ensino e a pesquisa em

terapia ocupacional. MOLL e COOK²², no Canadá, exploram as crenças de terapeutas ocupacionais em relação ao valor terapêutico do fazer enquanto uma modalidade de tratamento. É um estudo que utiliza uma combinação de estratégias metodológicas e realiza uma discussão acerca do uso de atividades no contexto da prática em serviços de saúde mental, um levantamento exploratório que evidencia, da mesma forma que o estudo de raciocínio clínico de MATTINGLY e GILLETTE²¹, a diversidade de valores atribuídos ao fazer no contexto terapêutico.

CONCLUSÃO

Como organizadora e guia desse panorama pelas possibilidades de aplicação da abordagem qualitativa em terapia ocupacional, quero concluir meu trabalho com algumas impressões pessoais e recomendações gerais aos terapeutas-pesquisadores interessados nesse vasto campo de investigação.

Todo estudo que utiliza uma abordagem qualitativa é extremamente trabalhoso, pois os dados descritivos demandam um tempo considerável para serem produzidos; a análise é um processo recursivo que se inicia durante a produção dos dados e subsidia novas questões podendo modificar o rumo da pesquisa, ou seja, o desenho de um projeto de pesquisa qualitativa não obedece os passos tradicionais da pesquisa experimental. Isso não significa, no entanto, que um estudo qualitativo não deva ser bem planejado. Ao contrário, os estudos qualitativos mais consistentes (como por exemplo o projeto de estudo do raciocínio clínico em terapia ocupacional apresentado nesse artigo) utilizam um conjunto de estratégias metodológicas cuidadosamente desenvolvidas e encadeadas.

A pesquisa qualitativa, como vimos através dos exemplos aqui relatados, aplica-se principalmente ao estudo de fenômenos complexos, cuja investigação vai além do alcance dos métodos quantitativos. São, por exemplo, questões em que as variáveis relevantes não são inicialmente aparentes ou situações que requeiram uma abordagem descritiva e interpretativa. E, sobretudo, demandam do pesquisador o exercício constante de lembrar-se que o fenômeno que observam, descrevem e interpretam é co-construído, isto é, não existe independente da interação que se estabelece ali. É um trabalho intenso de rever constantemente as próprias construções epistemológicas, refletir sobre a

própria participação na construção dos dados do estudo e aceitar que o conhecimento é sempre contextual. Esta é, poderíamos dizer, a postura ética fundamental que possibilita que estudos qualitativos apresentem resultados fidedignos.

Finalizando, gostaria de ressaltar a afinidade epistemológica e metodológica da abordagem qualitativa com a postura transdisciplinar. Isto se observa por exemplo, na complexidade dos projetos desenvolvidos, ou através da atitude colaborativa dos profissionais envolvidos nos estudos relatados. MATTINGLY e GILLETTE²¹ (p.976) vêem essa qualidade como algo particularmente presente entre os terapeutas ocupacionais, afirmando que “talvez haja

alguma coisa incomum a respeito da terapia ocupacional enquanto uma profissão, que encoraja essa receptividade”. É uma gratificante percepção, que pode servir de incentivo e sinalização de que o caminho é mesmo esse: complexo, mas sempre compartilhado. E isto é evidente na maneira como os relatos destes trabalhos são apresentados nos artigos que os descrevem: são textos na primeira pessoa, em narrativas que nos convidam a participar da experiência relatada. Por isso, minha última recomendação aos interessados é que não fiquem com a minha visão desse universo: realizem suas próprias leituras e comecem a desenvolver projetos que colaborem para a construir essa trilha de conhecimento na terapia ocupacional nacional.

VILLARES, C.C. Qualitative research in occupational therapy: a panoramic view of the field. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.105-13, set. / dez., 1998.

ABSTRACT: This paper presents an overview of the research employing qualitative approaches in occupational therapy, during the last decade. A literature review in this matter was conducted searching four periodicals: American Journal of Occupational Therapy, Canadian Journal of Occupational Therapy, Occupational Therapy International and Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Results are presented under five main domains of research: 1) Conceptual and methodological aspects of qualitative research in occupational therapy; 2) Papers related to the AOTA/AOTF Clinical Reasoning Study; 3) Ethnographies of specific clinical populations; 4) Inquiries conducted with occupational therapy students, and 5) Studies of professional values and role delineation. The paper aims at introducing the main trends in the field and to contribute with questions concerning the conceptual framework, practical issues, applications and limitations of the qualitative approach for occupational therapy studies in Brazil.

KEY WORDS: Occupational therapy, trends. Research.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRUNELLO, M.I.B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, p.14-9, 1998.
2. CLARK, F. Occupation embedded in a real life: interweaving occupational science and occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 47, p. 1067-78, 1993.
3. COOK, J.V. Educating occupational therapy students about psychiatric rehabilitation: a qualitative evaluation. *Occup. Ther. Int.*, v. 2, p. 48-64, 1995.
4. COHN, E.S. Clinical reasoning: explicating complexity. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 969-71, 1991.
5. EKLUND, M. Patient experiences and outcome of treatment in psychiatric occupational therapy – three cases. *Occup. Ther. Int.*, v. 3, p. 212-39, 1996.
6. FLEMING, M.H. Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 988-96, 1991a.
7. FLEMING, M.H. The therapist with the three-track mind. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 1007-14, 1991b.
8. GITLIN, L.N., CORCORAN, M., LEINMILLER-ECKHARDT, S. Understanding the family perspective: an ethnographic framework for providing occupational therapy in the home. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 49, p. 802-9, 1995.
9. JACKSON, J. The value of occupation as the core of treatment: Sandy's experience. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 52, p. 466-73, 1998.

VILLARES, C.C. Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: um panorama geral. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.105-13. set. / dez., 1998.

10. HASSELKUS, B.R. The meaning of daily activity in family caregiving for the elderly. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 43, p. 649-56, 1989.
11. HELFRICH, C., KIELHOFNER, G. Volitional narratives and the meaning of therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 48, p. 319-26, 1994.
12. HELFRICH, C., KIELHOFNER, G., MATTINGLY, C. Volition as narrative: understanding motivation in chronic illness. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 48, p. 311-17, 1994.
13. KINÉBANIAN, A., STOMPH, M. Cross-cultural occupational therapy: a critical reflection. *Am. J. Occup. Ther.*, v.46, p. 751-57, 1992.
14. KREFTING, L. Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 214-22, 1991.
15. LLEWELLYN, G. Qualitative research with people with intellectual disability. *Occup. Ther. Int.*, v. 2, p. 108-27, 1995.
16. LYONS, M. Understanding professional behavior: experiences of occupational therapy students in mental health settings. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 51, p. 686-92, 1997.
17. LYONS, M., ZIVIANI, J. Stereotypes, stigma, and mental illness: learning from fieldwork experiences. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 49, p. 1002-8, 1995.
18. MALLINSON, T., KIELHOFNER, G., MATTINGLY, C. Metaphor and meaning in a clinical interview. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 50, p. 338-46, 1996.
19. MATTINGLY, C. What is clinical reasoning? *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 979-86, 1991a.
20. MATTINGLY, C. The narrative nature of clinical reasoning. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 998-1005, 1991b.
21. MATTINGLY, C., GILLETTE, N. Anthropology, occupational therapy, and action research. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 972-78, 1991.
22. MOLL, S., COOK, J.V. "Doing" in mental health practice: therapists' beliefs about why it works. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 51, p. 662-70, 1997.
23. SACHS, D., LABOVITZ, D.R. The caring occupational therapist: scope of professional roles and boundaries. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 48, p. 997-1005, 1994.
24. SPENCER, J.C. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context, and of change. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, v. 74, p. 119-26, 1993.
25. SPENCER, J.C., KREFTING, L., MATTINGLY, C. Incorporation of ethnographic methods in occupational therapy assessment. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 47, p. 303-9, 1993.
26. SUTO, M., FRANK, G. Future time perspective and daily occupations of persons with chronic schizophrenia in a board and care home. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 48, p. 7-18, 1994.
27. TOWNSEND, E. Enabling empowerment: using simulations versus real occupations. *Can. J. Occup. Ther.*, v. 63, p. 114-28, 1996.
28. VILLARES, C.C. Abordagem qualitativa em saúde mental: contexto, conceituação e metodologia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 2, p. 55-61, 1998.
29. WHITEFORD, G.E. Other worlds and other lives: a study of occupational therapy student perceptions of cultural difference. *Occup. Ther. Int.*, v. 2, p. 291-313, 1995.
30. YERXA, E. Seeking a relevant, ethical, and realistic way of knowing for occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45, p. 199-204, 1991.

Recebido para publicação: 15/09/98

Aceito para publicação: 13/10/98

**EFEITOS DA APLICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE LIMPEZA
BRÔNQUICA ASSOCIADA À MOBILIZAÇÃO EM
PACIENTES PORTADORES DE BRONQUIECTASIA**

Fátima Aparecida Caromano*
Marina Yessenia González Cárdenas**
Cristina dos Santos Cardoso de Sá***

CAROMANO, F.A., CÁRDENAS, M.Y.G., CARDOSO DE SÁ, C.S. Efeitos da aplicação das técnicas de limpeza brônquica associada à mobilização em pacientes portadores de bronquiectasia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.3, p.114-8, set. / dez., 1998.

RESUMO: A bronquiectasia é uma infecção necrotizante dos brônquios e bronquíolos que causa e acompanha a dilatação anormal dessas vias aéreas. Manifesta-se clinicamente por tosse, febre, e produção de grande volume de secreção purulenta e fétida (ROBBINS)⁷. Este trabalho tem por objetivo verificar os efeitos da aplicação das técnicas de desobstrução brônquica, associadas à mobilização do tórax, aplicadas em sessão única, na liberação de secreção, em pacientes portadores de bronquiectasia. Foram voluntários dez mulheres com idade variando entre 15 e 70 anos, todos portadores de bronquiectasia, atendidos no Laboratório de Fisioterapia Respiratória do Centro de Docência e Pesquisa em Fisioterapia da Universidade de São Paulo. Estes pacientes foram submetidos a uma sessão de fisioterapia com duração de aproximadamente uma hora, iniciando-se com inalação de 5 ml de soro fisiológico associada a manobras de higiene brônquica (drenagem postural, vibrocompressão e tapotagem) e seguida de mobilização ativo-passiva do tórax. Antes e após a sessão foram medidos os sinais vitais, a pressão inspiratória e expiratória máxima (PI_{máx} e PE_{máx}) e a capacidade vital (CV). A quantidade de secreção eliminada durante a sessão foi medida num coletor graduado e descartável. O delineamento de pesquisa escolhido foi de pré-teste e pós-teste, aplicados a um grupo. Nossos dados demonstraram que a terapia produziu melhoras clínicas-funcionais sem induzir fadiga nos pacientes. O volume médio de secreção eliminada foi de 20 ml.

DESCRITORES: Bronquiectasia. Fisioterapia, métodos.

*Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP.

** Fisioterapeuta. Ex-aluna do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP.

*** Professora Colaboradora do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP.

Endereço para correspondência: Fátima Aparecida Caromano. Avenida Jaguaré, 249, apto 138. 05346-000. São Paulo, SP.

Para ROBBINS⁷ a bronquiectasia é uma infecção crônica necrotizante dos brônquios que causa e acompanha dilatação anormal dessas vias aéreas. Manifesta-se clinicamente por tosse, febre e expectoração volumosa de catarro purulento e malcheiroso. Para ser considerada bronquiectasia, a dilatação tem de ser permanente, concordando assim com ANDERSON e KISSANE¹ que define a bronquiectasia como a dilatação permanente e fibrose ao redor dos brônquios, resultante de lesão inflamatória às paredes. Para este autor, essa inflamação brônquica leva a hipersecreção de muco, o qual se torna infectado e viscoso. A infecção progride para a parede e inicia sua destruição. Quando a obstrução vem em primeiro lugar, é seguida por hipersecreção e depois, por infecção. Em ambos os casos, o pulmão adjacente ao brônquio comprometido participa da inflamação.

Para CARVALHO⁵ a bronquiectasia se caracteriza por “obstrução brônquica, cujas causas comuns são tumor, corpos estranhos e ocasionalmente a impactação do muco. A bronquiectasia também pode complicar doenças pulmonares obstrutivas crônicas, mais comumente a asma atópica e a bronquite crônica; esta última associada à produção excessiva de muco pela árvore traqueobrônquica suficiente para causar tosse e expectoração”.

O envelhecimento dos pulmões pela bronquiectasia afeta os lobos inferiores bilateralmente, sobretudo as passagens aéreas que são mais verticais. Quando tumores ou aspiração de corpos estranhos leva à bronquiectasia, o envolvimento pode ser localizado num único segmento dos pulmões via de regra, sendo que os envoltimentos mais graves são encontrados nos brônquios e bronquíolos distais. As vias aéreas ficam dilatadas, algumas vezes com até quatro vezes o tamanho normal. Essas dilatações podem produzir aumentos longos, em forma de tubos (bronquiectasia cilindróide), ou em outros casos, podem causar bronquiectasia fusiforme ou até mesmo distensão bem sacular (ROBBINS)⁷.

Segundo WEST⁸, não há perda de função pulmonar no início da doença. Nos casos mais graves há diminuição do volume expiratório final (VEF) e da capacidade vital (CV) por causa das alterações inflamatórias crônicas, incluindo a fibrose.

A fisioterapia é um recurso amplamente utilizado como tratamento para os indivíduos portadores de bronquiectasia, embora existe uma lacuna sobre estudos nesta área na literatura. O objetivo do trata-

mento fisioterápico nestes casos é melhorar a função pulmonar dos pacientes através das manobras de higiene brônquica e de exercícios de mobilização de tórax. A liberação do excesso de secreção permite que um maior número de alvéolos fiquem livres, aumentando assim a área de troca gasosa. Os exercícios respiratórios, onde inclui-se a mobilização de tórax, visam a potencialização da força muscular. A longo prazo indica-se também, um programa de condicionamento físico.

As manobras de desobstrução brônquica constituem os principais procedimentos que visam a limpeza brônquica. A seleção de técnicas a ser utilizada depende da ausculta pulmonar, condições do tórax e tolerância do paciente. Entre as manobras de desobstrução brônquica as mais utilizadas no tratamento de pacientes portadores de patologias que cursam com produção aumentada de secreção são a percussão, tapotagem, vibração e drenagem postural, evitando assim, sua retenção e prejuízo da função pulmonar. O aumento do volume de secreção aumenta a resistência ao fluxo aéreo, dificulta as trocas gasosas, e torna o trabalho dos músculos respiratórios excessivo, além de facilitar as reinfecções. A drenagem postural é um meio de limpar as vias aéreas de secreções colocando o paciente em várias posições de modo que a gravidade assista o fluxo do muco. As posições baseiam-se na anatomia da árvore traqueobrônquica e são elaboradas para drenar áreas específicas dos pulmões. O muco é removido dos bronquíolos afetados para os brônquios maiores e a traquéia onde podem ser eliminados por tosse ou aspiração. É contra-indicada na presença de hemorragias, condições agudas não tratadas, instabilidade cardiovascular e neurocirurgia recente (KISNER)⁶.

Percussão, vibração, vibrocompressão e tapotagem são técnicas utilizadas para mobilizar secreções e descolar mecanicamente muco viscoso ou aderente dos pulmões. São aplicadas durante a expiração, para mover as secreções para as vias aéreas de maior calibre (KISNER)⁶.

METODOLOGIA

SUJEITO

Foram voluntários dez mulheres com idade variando entre 15 e 70 anos, portadoras de bronquiectasia.

SITUAÇÃO

Laboratório de Fisioterapia Respiratória do Centro de Docência e Pesquisa do curso de Fisioterapia da Universidade de São Paulo.

MATERIAL

Foram utilizados estetoscópio, esfigmomanômetro, manovacuômetro, espirômetro, pote coletor de 80 ml e inalador.

PROCEDIMENTO

Foram selecionados dez sujeitos do sexo feminino, cuja idade variava de 15 a 70 anos, todos portadores de bronquiectasia. Estes sujeitos foram submetidos a uma sessão de fisioterapia, com duração de aproximadamente uma hora.

A avaliação pré e pós-teste foi realizada através da ficha de avaliação padrão que constou de sinais vitais, aspectos gerais do paciente e da patologia, prova de função pulmonar e pressão inspiratória e expiratória máximas. A avaliação torácica e pulmonar foi conduzida com o paciente sentado sem apoio nas costas, mas com apoio plantar. Assim, as variáveis estudadas foram: PI, PE, CV, Intercorrências e sinais vitais (PA, FR, FC).

A sessão fisioterápica iniciou-se, com drenagem postural em decúbitos laterais (DL) e inalação com 5 ml de soro fisiológico. Durante a inalação foram aplicadas manobras de higiene brônquica, que constava de vibrocompressão e mobilização do tórax. Foram registradas as características da secreção eliminada (cor, viscosidade, odor e presença de sangue) de cada indivíduo e medida sua quantidade através de um coletor graduado e descartável. Após estes procedimentos, os pacientes submeteram-se a exercícios de mobilização durante aproximada de 40 minutos. Após os exercícios os pacientes realizaram novamente os mesmos exames do pré-teste

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizamos uma análise simples de porcentagem e observamos que 60% dos pacientes apresentaram um aumento da capacidade vital (CV), sendo este aumento em média de 583.4 mililitros. Os outros 40% dos sujeitos não apresentaram mudanças, indicando que a terapia não foi suficiente para provocar modificações positivas neste parâmetro, nem para provocar fadiga, o que seria observado pela queda da capacidade vital (CV) (Quadro 1).

Quadro 1 - Valores da capacidade vital média em ml, por teste

CAPACIDADE VITAL (ml)			
	Pré-teste	Pós-teste	Delta
Média	1550,000	1900,000	350,000
Desvio Padrão	400,694	805,536	494,975

Quanto à PImáx., 70% dos pacientes apresentaram melhora em média de 18,2 cmH₂O, 20% mantiveram-

se inalterados e 10% teve uma leve diminuição dos valores (em média, 6 cmH₂O) (Quadro 2).

Quadro 2 - Valores da pressão inspiratória máxima média em cmH₂O, por teste

PI Máx			
	Pré-teste	Pós-teste	Delta
Média	-75,200	-96,000	20,800
Desvio Padrão	-43,860	-42,332	32,100

Analisando a PEM_{áx}. encontramos que 60% dos pacientes melhoraram em média 10 cmH₂O, 30% mantiveram-se e 10% diminuíram (Quadro 3).

Quadro 3 - Valores da pressão expiratória máxima média em cmH₂O, por teste

PEM_{áx}			
	Pré- teste	Pós- teste	Delta
Média	+93,000	+101,400	8,400
Desvio Padrão	+29,833	+35,827	14,478

Observou-se também uma melhora na ausculta pulmonar dos pacientes, sendo que 30% apresentaram roncos, 20% sibilos e 80% estertores sub-criptantes, antes da terapia. Após a terapia não encontramos pacientes com roncos, e apenas 30% apresentavam estertores sub-criptantes. Dos sujeitos estudados 80% apresentavam o murmúrio vesicular diminuído em áreas específicas, e após a terapia o murmúrio

normalizou em 60% destes, indicando um efeito positivo da terapia.

Pela análise das medidas dos sinais vitais dos pacientes antes e depois de cada sessão (PA, FR e FC), concluiu-se que, as alterações ocorrem dentro do esperado, sem indicar sobrecarga de esforço físico por parte dos pacientes (Quadros 4, 5 e 6).

Quadro 4 - Valores da pressão arterial média, em mmHg, por teste

PRESSÃO ARTERIAL						
	Pré-teste		Pós-teste		Delta	
	sistólica	diastólica	Sistólica	diastólica	sistólica	diastólica
Média	119,00	80,05	116,00	80,00	-3,00	-0,05
Desvio Padrão	15,95	12,43	12,65	11,55	8,23	4,72

Quadro 5 - Valores da frequência respiratória média, em incursões por minuto, por teste

FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA			
	Pré-teste	Pós-teste	Delta
Média	27,40	26,80	-0,60
Desvio Padrão	4,62	5,35	5,82

Quadro 6 - Valores da frequência cardíaca média, por teste

FREQÜÊNCIA CARDÍACA			
	Pré-teste	Pós-teste	Delta
Média	90,40	88,40	-2,00
Desvio Padrão	13,09	8,73	15,69

CAROMANO, F.A., CÁRDENAS, M.Y.G., CARDOSO DE SÁ, C.S. Efeitos da aplicação das técnicas de limpeza brônquica associada à mobilização em pacientes portadores de bronquiectasia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.3, p.114-8, set. / dez., 1998.

CONCLUSÃO

Acreditamos que, embora tenha sido estudada uma única sessão de tratamento, os resultados são suficientes

para afirmarmos que o tratamento traz efeitos positivos sem impor grande carga de trabalho físico ao paciente, nos estimulando a sugerir a continuidade deste trabalho avaliando o efeito cumulativo de várias sessões.

CAROMANO, F.A., CÁRDENAS, M.Y.G., CARDOSO DE SÁ, C.S. Effects of respiratory care and thorax mobilization in bronchiectasis patients. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.9, n.3, p.114-8, set. / dez., 1998.

ABSTRACT: Bronchiectasis is an necrotic infection of the bronchial tubis and bronchiole that causes and come along with abnormal dilation of these aerial ways. It manifests by cough, fever, expectoration of suppurating and bad smelling secretion in abundant quantity (ROBBINS)⁷. This work has the main to verify if the tube brochial desobstruct technics help bronchiectasis patients associating thorax mobilizaion in the secretion liberation. Colaborated with this study ten women, aged between 15 and 70 years, all with the same pathology, attended in the Ambulatório de Fisioterapia Respiratória do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. These people received a physiotherapeutic session, of about one hour. The session began with an inhalation together with bronchial hygienics maneuvers (posture дренаige, and vibrocompression), fallowed by thorax mobilization exercises. Before and after the session, we measured the vital sings, maximal inspiratory and expiratory pressures and vital capacity. The expectoration amount the patient expelled was measured by a scaled colletor. The research delineation chosen was the pré-teste and post-teste applied in a group. Our data demonstrated variation in the parameters studied, shown by clinical and functional improvements and that the kind of therapy studied didn't signify a physical overchange. The mean volume of secretion was 20 ml.

KEY WORDS: Bronchiectasis. Physical therapy, metods.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, W.A.D, KISSANE, J.M. *Patologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1982. v. 2.
2. AZEREDO, C. A. *Manual de avaliação*. São Paulo : Panamed, 1984.
3. AZEREDO, C. A. Fisioterapia respiratória moderna. In: RODRIGUES, M.G.M. *Bases fisiológicas de desobstrução brônquica*. São Paulo : Manole, 1986. cap. 2.
4. BLASI, A. *Hipersecreção brônquica*. São Paulo : Organização Andrei, 1982.
5. CARVALHO, C.R.R. Doença pulmonar obstrutiva crônica. In: AMARAL, R.V.G, AULER JUNIOR, J.O.C. eds. *Assistência ventilatória mecânica*. São Paulo : Atheneu, 1995.
6. KISNER, C., COLBY L.A. *Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas*. 2.ed. São Paulo : Manole, 1992.
7. ROBBINS, S.L. *Patologia estrutural e funcional*. 3. ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1986.
8. WEST, J.B. *Fisiopatologia pulmonar*. 3. ed. São Paulo : Manole, 1986.

Recebido para publicação: 15/08/98

Aceito para publicação: 15/09/98

PONTO DE VISTA

SITUAÇÃO DA CAPACITAÇÃO DOCENTE E PERSPECTIVAS DE CRIAÇÃO DE CURSO DE PÓS- GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, UFMG*

Livia de Castro Magalhães**

MAGALHÃES, L.C. Situação da capacitação docente e perspectivas de criação de curso de pós-graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.119-24, set. / dez., 1998.

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo discutir as perspectivas de criação de curso de mestrado em terapia ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. São levantadas tanto as principais dificuldades para se criar um curso de pós-graduação dentro de uma Universidade Federal, quanto questões específicas da profissão, como a necessidade de fortalecimento de linhas de pesquisa, definição de áreas de estudo e problemas relacionados ao financiamento de projetos. Apesar do trabalho ser baseado em uma perspectiva individual, centrada na situação específica na UFMG, as idéias levantadas poderão dar subsídios para discussões sobre a criação de programas de pós-graduação em terapia ocupacional em outras universidades.

DESCRITORES: Educação de pós graduação. Terapia ocupacional.

Este trabalho inicia com um breve levantamento sobre a situação da capacitação docente e do desenvolvimento de pesquisa pelos professores do curso de Terapia Ocupacional da UFMG. Em seguida são discutidas as possibilidades de criação de um programa de mestrado em Terapia Ocupacional na UFMG, bem como os problemas a serem enfrentados ou antecipados antes de sua criação. Gostaria de salientar que este trabalho não representa, necessariamente, a opinião dos meus colegas de departamento, pois não temos discutido este tema. Procurarei expor minhas idéias e expectativas acerca da pós-graduação em Terapia Ocupacional, com base nas vivências do dia a dia, tanto como professora

quanto como aluna, e em reflexões sobre o tema.

CAPACITAÇÃO DOCENTE NA UFMG

O curso de Terapia Ocupacional da UFMG, assim como muitos outros cursos do país, é oferecido por um departamento único de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (DFTO)⁽¹⁾, mas em contraste com área de inserção de outros programas, o nosso departamento faz parte da Escola de Educação Física da UFMG. O DFTO está em vias de desmembramento, aguardando no entanto, segundo critério para departamentalização, a formação de "massa crítica" ou capacitação dos professores.

⁽¹⁾ Recentemente em maio de 1998, o DFTO foi desmembrado em dois Departamentos, de Fisioterapia (DFIT) e Terapia Ocupacional

* Íntegra da palestra apresentada no V Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional em Recife, outubro de 1996.

** PhD., TO. Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

Endereço para correspondência: Livia de Castro Magalhães. Rua Itapagipe, 729, B. Bairro Concórdia. 31110-570 - Belo Horizonte, MG. e-mail: liviam@gcsnet.com.br.

Atualmente o DFTO conta com 41 professores, sendo 23 do curso de Fisioterapia e 18 de Terapia Ocupacional. Em resposta tanto à demanda interna, ou anseio dos professores, quanto externa, de pressão para capacitação que permita a redepartamentalização, o DFTO vem desenvolvendo uma política de capacitação docente. De acordo com esta política até 30% do corpo docente pode estar afastado para cursar pós-graduação. Como resultado desse plano, 33,2% dos professores da Terapia Ocupacional são titulados a nível de mestrado ou doutorado e 66,8% contam apenas com graduação, acrescida ou não de especialização⁽²⁾. Dentre os professores titulados contamos com uma doutora em psicologia da educação (EUA), três mestres nas áreas de psicologia social e do trabalho, filosofia da educação, fisiologia (pós-graduados no Brasil) e dois mestres em terapia ocupacional (EUA e Canadá). Atualmente contamos com quatro professoras em doutoramento e três cursando mestrado, sendo assim, em cerca de cinco anos esperamos contar com pelo menos cinco doutores e cinco mestres.

Considerando o desenvolvimento de pesquisa atualmente há registro de seis estudos, dos quais, quatro são trabalhos desenvolvidos como tese e dois são estudos independentes da pós-graduação, conduzidos com apoio de CNPq. Dentre os seis estudos, apenas dois abordam temas específicos de terapia ocupacional.

Considerando esta situação me pergunto: *é possível pensar seriamente na implantação do mestrado em Terapia Ocupacional na UFMG?* Acredito que podemos e devemos pensar nesta possibilidade, mas antes de mais nada, temos que fazer um planejamento estratégico levando em consideração os seguintes problemas:

- Experiência em pesquisa

Entendendo que a pós-graduação parte da pesquisa, antes de criar um programa temos de nos esforçar para termos pelo menos um grupo ativo de pesquisa. Um grupo que tenha experiência não só nos métodos da pesquisa em si, mas também que tenha:

- trânsito e aceitabilidade junto aos órgãos financiadores de pesquisa;
- experiência em escrever projetos, atrair e gerenciar recursos, bem como com potencial para conseguir bolsas para os futuros

mestrandos; e

- experiência com publicações nacionais e internacionais.

Tudo isso demanda tempo, dedicação e trabalho dirigido para esta meta. Isso, no entanto, vem sendo difícil, senão impossível na UFMG. Temos um acúmulo de encargos didáticos, resultado de um curso de graduação longo, em cinco anos e também um acúmulo de encargos administrativos, que consomem ânimo e tempo.

Um outro problema é que, apesar dos professores entre si comentarem sobre a importância da pesquisa, a nível institucional ou prático, no DFTO a pesquisa é uma atividade importante para compor os planos de trabalhos anuais, mas que deve ser reservada para as horas vagas e fins de semana. Não existe um planejamento a longo prazo de aproveitamento dos doutores ou incentivo à pesquisa, ao contrário, amarrados pela estrutura universitária, que exige titulação para certas posições administrativas, os poucos doutores acabam não se dedicando nem ao ensino nem à pesquisa, mas sim à administração. Estes problemas, acredito, não são específicos da UFMG, eles parecem comuns à todas as escolas de Terapia Ocupacional, especialmente nas Universidades Federais. Me pergunto: existe alguma forma de fugirmos deste modo contínuo? Será possível fazer um trabalho mais racional, com maior suporte à produção científica? Penso que isso é imprescindível para o desenvolvimento da profissão e criação da pós-graduação.

Lendo a revista *Veja* recentemente, deparei-me com um ensaio contendo uma breve passagem que parece sob medida para a situação:

“O objetivo da administração deve ser aumentar a capacidade da instituição para o ensino e a pesquisa. Essas são as suas missões. Os professores não devem perder tempo com o excesso de responsabilidades administrativas. O autogoverno, com seu excesso de comitês, reuniões e outros processos, drena o tempo dos professores e alunos, tornando-se prejudicial. Corrói o mais precioso de todos os fatores de produção intelectual: a disponibilidade de tempo sem interrupções” (CASTRO, set. 1996, p. 154)².

⁽²⁾ atualmente o DTO conta com dezoito professoras, das quais, duas tem doutorado e seis tem título de mestre, havendo três professoras cursando doutorado e dois mestrado.

- Definição e fortalecimento de linhas de pesquisa

Analisando a produção científica do DFTO fica evidente que a pós-graduação em áreas afins reduz o número de pesquisas específicas em Terapia Ocupacional. A maior parte dos trabalhos tem sido desenvolvidos como teses em programas de mestrado e doutorado, que na maioria das vezes não tem relação direta com a Terapia Ocupacional. Sem tirar o mérito destes trabalhos, acredito que devemos, principalmente, nos empenhar na abordagem de temas que contribuam para fortalecer a profissão aos olhos da comunidade. É importante desenvolvermos estudos sobre:

- a eficácia das técnicas de tratamento que utilizamos;
- instrumentação específica de avaliação, que reflita os objetivos da profissão e nos dê elementos para analisar as mudanças funcionais que acreditamos promover em nossos pacientes; e
- antes de tudo, temos que abordar temas que contribuam para a solução dos problemas existentes na nossa realidade sociocultural.

Considerando a especificidade da prática da Terapia Ocupacional no nosso país deve-se discutir a questão da importação de teorias ou tecnologia. Neste sentido, gostaria de dizer que, vivendo por vários anos fora do país, tive a chance de apreciar as diferenças culturais entre Brasil e EUA. No trabalho clínico com crianças pude perceber como as mães norte americanas são diferentes, como lidam com o comportamento da criança de uma maneira mais objetiva e como participam ativamente no tratamento, uma vez que tem maior acesso à informação técnica. Tendo que me adaptar a essas circunstâncias, pude também observar como o papel do “doente” nos EUA, influenciado pelos movimentos afirmativos e leis de proteção ao indivíduo, é mais ativo. Pude notar também diferentes nuances na forma como brasileiros e norte americanos encaram a atividade e o trabalho.

Considerando que diferenças culturais existem, será que as teorias de Terapia Ocupacional desenvolvidas ao longo dos anos em outros países não nos interessam? Penso que não podemos nem devemos desprezar esses conhecimentos já adquiridos. Nós temos *sim* o desafio não só de criar nossos modelos, mas também de criticar e testar teorias existentes, propondo as mudanças que nos convierem. Para atingir tanto o objetivo de testar como o de propor teorias, penso que é essencial para a criação da pós-graduação em Terapia Ocupacional o

desenvolvimento de *linhas de pesquisa*.

Por definição linhas de pesquisa são o fio condutor, aglutinador e orientador dos esforços investigativos (ARANCIBIA)¹. Trata-se do projeto básico de investigação em qualquer programa de pós-graduação, que vai criar um ambiente propício à pesquisa, dando consistência e continuidade às atividades do grupo (ARANCIBIA)¹. As linhas de pesquisa dão identidade ao grupo, podendo servir como elemento para atrair, ou mesmo orientar alunos para a escolha do programa de pós-graduação mais adequado, de acordo com as expectativas do aluno. Na UFMG viemos lentamente tentando desenvolver uma linha de pesquisa na área de desenvolvimento infantil. Contamos com um pequeno grupo de docentes capacitados nesta área, temos pesquisa em andamento e, se pudéssemos contar com maior suporte do DFTO, poderíamos ter uma produção científica mais consistente.

- A questão do isolamento

Talvez em virtude das minhas constantes ausências do país, sinto que há pouco intercâmbio entre os pesquisadores terapeutas ocupacionais. Só há encontros esporádicos, discussões breves e as publicações são dispersas, centradas em uma escola ou outra. Penso se não seria o momento de darmos suporte a um periódico nacional, uma revista forte, de maior divulgação, onde possamos trocar idéias. Fica a proposta para os leitores.

- Projeto de autonomia universitária

Na UFMG, apesar de ainda não estarmos preparados para a criação do mestrado, os professores das Federais estão caminhando para uma encruzilhada. Com a aprovação do projeto de lei da “autonomia universitária” os recursos para os cursos de graduação serão distribuídos, dentre outros fatores, de acordo com:

- nível de capacitação docente;
- produção científica;
- número de evasões dos cursos; e
- oferta de curso de pós-graduação.

Em recente distribuição de verbas pelo MEC (Prograd/MEC 96) tivemos uma prévia do que vai acontecer com cursos com baixa capacitação docente, baixa produção científica e alguma evasão: vão ficar à mingua, com recursos ainda mais reduzidos. Neste sentido, a criação da pós-graduação na UFMG não é apenas uma questão de desejo de alguns professores, *nós eventualmente vamos ter que fazer isso!*

- Características do mestrado em Terapia Ocupacional e perspectivas na UFMG

Considerando que vamos caminhar para a criação de cursos de mestrado em Terapia Ocupacional eu me pergunto: qual seria o objetivo da pós-graduação em Terapia Ocupacional? O objetivo seria o aperfeiçoamento de profissionais para a clínica? Seria a formação de professores? Ou o mestrado seria um processo intermediário na formação de pesquisadores?

Na minha opinião já existem inúmeros cursos de aperfeiçoamento e especialização, oferecidos inclusive por universidades, que cumprem o papel de aperfeiçoamento clínico de profissionais. Nós precisamos de mais cursos deste tipo e eles devem ser estimulados. O mestrado, no entanto, deve ser voltado para a formação do profissional que vai consumir e produzir pesquisa. Penso em um programa eminentemente teórico, voltado para o estudo dos dilemas da Terapia Ocupacional, o que não exclui a possibilidade de algumas disciplinas mais práticas, ou clínicas.

Acompanhando o processo de criação do mestrado dirigido para a formação profissional, proposto pela CAPES (Portaria 47, 17/10/95), que afinal não foi à frente, vejo que existe a idéia da criação de um programa “fim de linha” para pessoas que não tem interesse em persistir e continuar avançando até o doutorado. Apesar desta proposta não ser do meu agrado, e da mesma já ter sido descartada pela própria CAPES, é importante considerarmos que se tal proposta foi levantada é porque possivelmente existe interesse e recursos para criação de programas mais clínicos.

Voltando à UFMG, as possibilidades de criação de um mestrado em Terapia Ocupacional vem sendo de uma forma ou de outra levantadas. Existem, a princípio, as seguintes opções:

- implantação de programa junto ao curso de Educação Física: a vantagem seria que já existe um programa de mestrado aprovado, com laboratórios, equipamentos e material de suporte necessários. O problema, no entanto, é que seria difícil definir linhas comuns de pesquisa, especialmente na Terapia Ocupacional. Além disso, o programa recebeu o conceito D da CAPES⁽³⁾. Apesar deste conceito ser questionável, isso nos coloca desde o início

em situação de desvantagem para financiamentos de pesquisa. A experiência do mestrado em Educação Física, muito próxima a nós na UFMG, deve nos alertar para as dificuldades de se implantar pós-graduação sem linhas de pesquisa definidas, poucas publicações e pequeno retorno em termos de alunos graduados;

- programa conjunto com o curso de Fisioterapia: a vantagem seria contarmos de imediato com maior número de docentes capacitados, o que resultaria em maior divisão de trabalho. Além disso, programas interdisciplinares são bem vistos pelas agencias financiadoras. O problema novamente seria com relação ao desenvolvimento das linhas comuns de pesquisa, o que não é inviável, mas é bom lembrar que desta forma continuaríamos perpetuando as históricas disputas entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Saliento que programas interdisciplinares para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais já existem fora do país. O doutorado da Universidade de Boston (EUA), denominado Estudos Terapêuticos, é interdisciplinar e aberto aos profissionais das duas áreas. O programa é excelente, sendo ofertado um corpo de disciplinas comuns, entremeadas a cursos que permitem a especialização dos profissionais em suas respectivas áreas;

- programa independente em Terapia Ocupacional: só seria possível a longo prazo, o que dificulta a proposta;
- explorar possibilidade de parcerias: há interesse em cooperação, tanto em nível nacional quanto internacional, que deve ser explorado. Atualmente, com a internet e melhor acesso a meios de comunicação, é possível pensar em programas condensados e em orientação à distância. Nós temos que explorar as possibilidades de programas institucionais, tais como as “bolsas sanduíche”, recursos para contratação de professores convidados, estudos interdisciplinares e intercâmbio entre universidades. Isso permitiria a criação de programas mais flexíveis, talvez de acesso mais fácil aos nossos alunos.

⁽³⁾ A atual classificação do curso pela CAPES é 3.

Como exemplo, no meu programa de doutorado, na área de psicologia da educação (Universidade de Illinois, EUA), foi possível cursar disciplinas nas escolas de educação, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Também me foi aberta a possibilidade de cursar disciplinas em outras universidades da mesma região que oferecessem disciplinas de meu interesse. Estas oportunidades foram muito bem aproveitadas. Além disso tive acesso a orientadores de diferentes universidades, mesmo em outros estados, o que por um lado era incomodo devido às distancias, mas me deu oportunidade de trabalhar sob diferentes perspectivas.

Voltando às características do programa de mestrado propriamente dito, penso que ele deve emanar das linhas de pesquisa, daí a importância das mesmas. Tomando as palavras do Conselho de Pós-Graduação da UFMG:

"... a definição de linhas de pesquisa torna-se, portanto, suporte necessário à produção do conhecimento, que vai ter sua ressonância no interior dos cursos, dinamizando as atividades de professores e alunos" (apud ARANCIBIA, 1996, p-44)¹. Há necessidade de haver "coerência entre as linhas de pesquisa, estrutura curricular e expectativas e aptidões dos pós-graduandos" (ARANCIBIA, 1996, p-43)¹.

Não há necessidade de uma linha única no programa, mas todo aluno ao ingressar em um programa de mestrado deve ter, de antemão, uma noção das linhas de pesquisas desenvolvidas pelo grupo de orientadores, não há necessidade de se aderir à elas, mas devem ser a linha mestra da pós-graduação/mestrado.

Segundo o que pude observar, os programas de pós-graduação mais fortes nos EUA tem linhas de pesquisa definidas: Los Angeles com a Ciência da Ocupação, Chicago com o Modelo da Ocupação Humana e Boston com o desenvolvimento da habilidade funcional. Além da ênfase em linhas de pesquisa, a maioria destes programas conta com um corpo docente interdisciplinar. Antropólogos, sociólogos e estatísticos, contratados como docentes em departamentos de Terapia Ocupacional, vêm dando grandes contribuições no estudo da natureza da prática em Terapia Ocupacional, do raciocínio clínico e de métodos estatísticos mais flexíveis e próprios para a clínica. Esta diversidade do corpo docente demonstra um interesse saudável em abordar problemas por diferentes

caminhos. Penso que esta é uma idéia que também deveria ser explorada no Brasil.

Um outro ponto que gostaria de salientar é que acredito que a pós-graduação em Terapia Ocupacional não deve se orientar para uma metodologia única de pesquisa. Apesar da orientação de autores norte-americanos como YERXA⁴ e CLARK et al.³, bem como sentir que aqui no Brasil se aponta para a primazia dos métodos qualitativos na pesquisa em Terapia Ocupacional, acredito firmemente que o método de pesquisa depende da pergunta que se faz. Certos problemas exigem tratamento qualitativo, outros quantitativo e outros a combinação dos dois. Penso que temos que saber tirar vantagem de todos os recursos disponíveis para pesquisa. Neste sentido, considero que na criação de programas de mestrado em Terapia Ocupacional devemos cuidar para termos um corpo docente diversificado, com experiência nas diferentes metodologias de pesquisa.

Terapeutas ocupacionais lidam com problemas muito diversificados, como por exemplo: Qual é a relação entre contexto e desempenho funcional? Quais são os valores que sustentam o desempenho das AVDs? É possível prever o desempenho funcional do paciente após a alta, no retorno ao lar? A facilitação de mecanismos de integração sensorial resulta em melhorias no desempenho escolar? A abordagem destas questões exige estudos sistemáticos com uso de metodologias diversificadas, que nos permitam capturar a complexidade dos problemas com os quais lidamos na clínica. Usando uma expressão americana, nós sabemos que "o mapa não é o território", mas um bom mapa nos ajuda a trilhar por caminhos desconhecidos, evitando, as vezes, o andar em círculos por ruas estranhas. Um mapa objetivo pode indicar caminhos, mas vamos sempre ter que usar nossa habilidade e sensibilidade para escolher os caminhos e apreciar a beleza da paisagem. Ou seja, no meu entender metodologias quantitativas e qualitativas podem ser complementares.

Finalmente considero que qualquer programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional não pode ficar à margem das prioridades das políticas nacionais nas áreas de educação e saúde. Nós temos que contribuir para a solução de problemas da comunidade, discutindo formas de nos inserirmos nos programas governamentais e definir estratégias para captação de recursos.

Penso que já é passada a hora de assumirmos nosso papel no âmbito universitário, exercendo ativamente as três funções básicas: ensino, extensão e pesquisa. Na UFMG nós temos um desafio enorme e muito trabalho pela frente, se decidirmos assumir a pós-graduação em Terapia Ocupacional. Mas este é um

trabalho estimulante que pode ficar mais fácil e interessante se exploramos as possibilidades de parceria e cooperação entre os docentes das diferentes escolas do país. Acredito que temos que começar a trabalhar neste sentido, se quisermos viabilizar o futuro da profissão.

MAGALHÃES, L.C. Professor's qualification and perspectives for opening a graduate program in occupational therapy at the Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.119-24, set. / dez., 1998.

ABSTRACTS: The objective of this paper is to discuss the perspectives to create a graduate program in occupational therapy at the Federal University of Minas Gerais (UFMG). The author presents both an overview of the main difficulties related to the creation of graduate programs in Federal Universities and a discussion of issues that are specific to the profession, such as the need to strengthen research, the definition of specific areas of inquiry and problems related to research funding. Although this work is based on an individual perspective, centered on a situation that is specific to UFMG, the ideas presented could be useful to subsidize similar discussions in other universities.

KEYWORDS: Education, graduate. Occupational therapy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANCIBIA, M.A. Reflexões sobre o conceito de linha de pesquisa. *Rev. Caminhos*, n. 12, p. 39-46, 1996.
2. CASTRO, C.M. Quem deve mandar na universidade? *Rev. Veja*, p. 154. 18 set. 1996.
3. CLARK, F., PARHAM, D., CARLSON, M.E., JACKSON, J., PIERCE, D., WOLFE, R.J., ZEMKE, R. Occupational science: academic innovation in the service of occupational therapy's future. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 45/4, p.300-10, 1991.
4. YERXA, E.J. Research: the key to the development of occupational therapy as an academic discipline. *Am. J. Occup. Ther.*, v. 41/7, p.415-9, 1987.

Recebido para publicação: 26/08/98

Aceito para publicação: 23/09/98

RELATO DE EXPERIÊNCIA

UMA PESQUISA DO CORPO EM TERAPIA OCUPACIONAL: O MÉTODO DE DANCEABILITY

Flávia Liberman*
Marisa Samea**

LIBERMAN, F., SAMEA, M. Uma pesquisa do corpo em Terapia Ocupacional: o método de Danceability. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.125-32, set. / dez., 1998.

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo contribuir para a pesquisa do corpo e de métodos de trabalho corporal e dança aplicados à Terapia Ocupacional. Trataremos de realizar uma elaboração teórico-prática acerca de um Workshop que uniu o método de Danceability com a técnica de Grupo Operativo. A discussão tem como ponto de partida observações e reflexões a respeito do encontro de portadores e não portadores de deficiência física, que resultou no levantamento de uma série de questões delineadas basicamente em três territórios: o trabalho corporal, o trabalho grupal e a inclusão social.

DESCRITORES: Terapia através da dança, métodos. Psicoterapia de grupo.

INTRODUÇÃO

A partir da realização do Workshop “Uma pesquisa do corpo: o método de Danceability” no Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP, discutiremos a aplicação do método de Danceability em Terapia Ocupacional. Alguns de seus princípios, principalmente sua filosofia, são e podem ser utilizados na prática terapêutica.

O MÉTODO DE DANCEABILITY

UM POUCO DA HISTÓRIA DO MÉTODO DE DANCEABILITY

A Joint Forces Company é uma companhia ambulante de dança, com sede em Eugene, Oregon, nos E.U.A., sem fins lucrativos. Foi co-fundada por Alito Alessi e Karen Nelson. Alito Alessi é hoje o único diretor artístico da companhia.

* Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC. Terapeuta Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP.

** Mestranda em Psicologia Social na Universidade de São Paulo, USP, especialização em Grupos Operativos. Terapeuta Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP

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

A Joint Forces é reconhecida nacional e internacionalmente por seu estilo de apresentação e ensinamento, assim como por seu trabalho na área da dança com deficientes físicos.

O objetivo da companhia é incentivar a evolução e prática da New Dance e também cultivar um lugar comum de expressões criativas, *para todas as pessoas, independentemente de raça, habilidade física ou condição econômica.*

A Joint Forces fundou o Projeto Danceability em 1988, com o objetivo de, através da improvisação da dança, promover a exploração artística entre pessoas portadoras, ou não, de deficiência física.

As propostas do workshop de Danceability são: desenvolver um processo de trabalho onde pessoas portadoras e não portadoras de deficiência física se encontrem para esclarecer e explorar concepções confusas sobre deficiências, trabalhar artisticamente e criar uma rede de prática desse trabalho com os participantes, a fim de continuá-lo em diferentes comunidades.

Historicamente, pessoas com deficiências têm sido isoladas do convívio social. Esse isolamento limita as experiências físicas e emocionais, e a expressão artística dos deficientes. Assim, aqueles que não são portadores de deficiência desenvolvem um raciocínio errôneo e limitado sobre pessoas com deficiências.

“ O principal objetivo do Danceability é ajudar a esclarecer e eliminar barreiras que se erguem entre portadores e não portadores de deficiências (grifo nosso). Durante o workshop, os instrutores podem identificar algumas dessas barreiras e demonstrar como utilizar a comunicação física e verbal para começar a eliminá-las, dentro de um espaço e clima apropriados para que esse tipo de mudança possa acontecer”(ALESSI)¹.

UM POUCO DA FILOSOFIA

A idéia principal do método consiste no que Alito Alessi denomina de “terreno comum” a ser cultivado, ou seja, o Danceability trabalha com um *denominador comum*, onde todo e qualquer material a ser ministrado nas vivências seja acessível a todos. Por exemplo, se existe dentro do grupo alguém que só consiga movimentar os olhos, todos os exercícios a serem propostos devem ser possíveis de ser realizados por este participante. A filosofia é: não excluir qualquer membro do grupo das experimentações.

Coloca-se a possibilidade de que qualquer participante escolha parar a vivência quando quiser, a qualquer hora, e esta dinâmica justamente permite que o sujeito considere seus limites e potencialidades. Assim, a pausa ou a saída das vivências é uma atitude encorajada pelo método, possibilitando ao sujeito o conhecimento de si, tal como foi exposto anteriormente, e permite também que o próprio grupo conheça e aprenda algo sobre os outros.

Durante todos os exercícios, procura-se levar o sujeito a perceber e seguir o seu desejo, outro ponto fundamental no método de Danceability. Essa filosofia contempla o sujeito em sua singularidade e também o coloca dentro de um coletivo, onde cabem aproximações, afastamentos, escolhas e recusas às experimentações. O sujeito não está só no processo.

Não há certo ou errado no que se refere ao conteúdo expresso pelos participantes. ALESSI¹ considera a expressão como uma necessidade do sujeito “dizer algo” dentro do meio em que se encontra e na sua comunidade. Portanto, todo gesto e movimento que acontecem têm sentido e são importantes.

PROPOSTAS DO WORKSHOP

Os pressupostos básicos que serviram como encaminhamento de nossas atuações nos mais diferentes níveis (a serem expostos ao longo deste texto), estavam voltados à apresentação e vivência de alguns princípios do método e, principalmente, a partir desta experimentação, à criação de um espaço de encontro entre portadores e não portadores de deficiência física e/ou sensorial.

O nosso trabalho também objetivou o aprofundamento de alguns pontos desta experiência e, para isto, escolhemos a técnica de grupo operativo de PICHON-RIVIÈRE² como mais um instrumento, predominantemente verbal, para a elaboração dos conteúdos que pudessem emergir tanto em relação ao aprendizado do método quanto aos contatos entre os participantes.

Um dos temas que permeou intensivamente as discussões relacionadas à criação deste workshop relacionava-se, no universo das pessoas portadoras de deficiência, à *inclusão social*, questão esta debatida atualmente dentro e fora da universidade.

Em síntese, podemos dizer que o processo de planejamento e concretização desta experiência foi sendo clarificado durante o seu próprio andamento, permitindo que alguns de seus tons fossem ficando mais

fortemente realçados. Entre eles, destacamos, enquanto proposta do workshop, três de seus territórios: o trabalho corporal, o trabalho grupal e a inclusão social.

A PRODUÇÃO DO EVENTO

A CRIAÇÃO DA EQUIPE

A importância deste workshop não esteve somente nos dois dias em que nos propusemos a estar com as pessoas nesta experimentação. Todo um processo anterior, bastante complexo, foi sendo delineado por muito tempo. A escolha dos parceiros para que o evento fosse realizado também exigiu grande investimento de energia. Houve um processo de constituição do grupo de trabalho, de forma semelhante à que pensávamos a intervenção que faríamos, ou seja, as pessoas foram se integrando à medida em que viam um possível sentido naquele projeto: um desejo de experimentar a dança num contexto que incluísse portadores e não portadores de deficiência física e/ou sensorial, onde o eixo seria o entrar em contato com outras pessoas independentemente de suas problemáticas – o contato com o humano, com o subjetivo.

Outro ponto desafiante foi lidar com as próprias diferenças e divergências de idéias em relação à proposta, ou seja, o lugar do trabalho corporal e do verbal durante o Workshop, as diferentes formas com que cada profissional poderia estar neste trabalho, ora observando ora interagindo diretamente com os participantes do workshop e na própria coordenação do percurso, uma vez que éramos três coordenadoras, com diferentes formações: uma professora e uma terapeuta ocupacional com formação em danceability e uma terapeuta ocupacional com formação em grupos operativos.

A concretização do workshop se constituiu em nossa *tarefa*, no sentido formulado por PICHON-RIVIÈRE², que define tarefa como o fazer dos sujeitos a partir da apreensão da realidade, das possibilidades de transformar esta realidade, transformando-se a si mesmos, através de um interjogo dialético sujeito-mundo. A realização da tarefa grupal supõe o surgimento de ansiedades básicas – dificuldades e conflitos surgidos na rede de comunicação e nas relações vinculares do grupo – que se constituem em tarefa implícita e necessitam de elaboração. Há que se tentar tornar “consciente o inconsciente” para elaborar e superar os mecanismos que se configuram como

obstáculos à realização da tarefa. Neste sentido, tivemos que lidar e trabalhar com os conflitos que foram emergindo a partir de nossa inter-relação, na direção da tarefa proposta (PICHON-RIVIÈRE)².

Para intervir no grupo do workshop, da forma como acreditávamos, ou seja promover de fato um encontro entre pessoas com suas potencialidades e suas diferenças, também tivemos nós que nos exercitar. Para isto, realizamos uma série de reuniões, debates e discussões, clarificando posições e nos movimentando dentro delas, a partir das necessidades.

Cada integrante da equipe necessitou desenvolver uma flexibilidade para se rever e atuar de acordo com os novos desafios. Mesmo com alguns papéis a priori determinados, como coordenação, tradução do evento, divulgação e outros, também circulavam informações e outras atribuições. Esta plasticidade dizia respeito não só aos debates que foram surgindo para solucionar os problemas, mas também na sua operacionalização. Por exemplo: frente a um determinado problema – como viabilizar o acesso dos portadores de deficiência física ao lugar do evento – esbarramos em discussões que passaram desde o questionamento de atitudes assistencialistas, onde “buscaríamos nós estas pessoas”, até a criação de uma rede que garantisse o acesso a todos, independente de quem fossem as pessoas – coordenadores do evento ou participantes. Pesquisamos, então, os endereços dos participantes e procuramos organizar esquemas de transporte compartilhado – prontamente aceitos pela maioria. Fizemos também articulações com outras pessoas que, mesmo não participando do workshop, se envolveram com a proposta, emprestando por exemplo um veículo para o transporte, para ser dirigido por um membro da equipe.

A divulgação do evento também seguiu esta orientação, ou seja, várias pessoas que não faziam parte da equipe colaboraram, fornecendo idéias sobre a confecção do folder, sua distribuição, etc.

A tônica do trabalho foi envolver as pessoas e propiciar oportunidades para que lançassem mão de seus recursos e possibilidades na construção de um projeto, no caso, deste workshop. A própria proposta do método de Danceability vinha de encontro também com esta abordagem, ou seja, buscar vias possíveis a cada um de comunicação, expressão e ação, a partir de suas singularidades.

Em síntese, a criação da equipe, e toda sua movimentação, seguiu os princípios propostos pelo workshop. Basicamente são eles:

- entrar em contato consigo e com o outro;
- trabalhar com as diferenças; e
- realizar um projeto coletivo.

SELEÇÃO DOS EXERCÍCIOS

Na seleção dos exercícios a serem propostos, consideramos alguns princípios:

- por tratar-se de um workshop com um tempo breve para intervenção, pretendemos inicialmente explicitar alguns princípios do método, através de exercícios práticos, procurando possibilitar a reflexão e elaboração das vivências;
- tornar conhecido este método e dar continuidade na experimentação para aqueles que já haviam vivenciado este tipo de trabalho;
- desenvolver a capacidade de olhar e observar, uma vez que um dos objetivos do trabalho é apropriar-se de si e apreender a expressão do outro. Este é um processo dinâmico e gradativo, realizado passo a passo (olhar para dentro – olhar para fora);
- produzir vivências de contato entre os participantes, desde a observação até o trabalho com diferentes tipos de toque;
- demos ênfase ao que ALITO ALESSI¹ denomina de “warm-up” (aquecimento), onde procura-se em um primeiro momento do trabalho fazer com que os participantes voltem sua atenção para si e para o próprio corpo através de exercícios de atenção à sensação do movimento e orientações do tipo – perceber a respiração, perceber o corpo no espaço, imaginar e realizar determinado movimento, ou ainda, sentir pele, músculos e ossos, entre outras;
- a seleção também combinou o encontro gradativo do sujeito e seu corpo com outro corpo, primeiro em pares, depois em trios e quartetos para finalmente compor com o grupo todo, no plano de uma produção do movimento coletivo;
- o trabalho também privilegiou, inicialmente, exercícios ancorados na idéia de “fotografia”, com menor deslocamento no espaço, mais voltados à criação de formas e posturas corporais. Por exemplo: num trabalho em duplas, um dos sujeitos toma uma forma no espaço, o outro o observa a partir de diferentes posições. Em seguida, o sujeito que observa se aproxima e toma um lugar nesta “foto imaginária”;
- em um segundo momento do trabalho, os exercícios enfocaram “imagens de filmes, com maior movimentação no espaço e deslocamentos”. Exemplo: em duplas, uma pessoa faz um movimento e a outra responde com outro movimento, como se fosse uma conversa, ou ainda, uma pessoa faz um movimento e a outra o interpreta à sua maneira;
- exercitar permanentemente o que chamou-se de *improvisação*, onde cada um cria a partir de seus próprios recursos;
- como uma das propostas do trabalho era considerar o sujeito inserido no grupo, selecionamos exercícios de aproximação e distanciamento entre as pessoas. A idéia era produzir ressonâncias a nível dos afetos – mola propulsora para uma possível reflexão – seja na questão dos preconceitos, na surpresa de se identificar com o outro em algum nível ou realizar algo em parceria, entre outras.

METODOLOGIA BÁSICA DO WORKSHOP

- *Círculo* – Realizado ao início e término de cada bloco de exercícios. Momento em que os participantes conseguem olhar-se e fazer comentários acerca de diversos assuntos: expectativas, dúvidas, sentimentos, conteúdos ligados aos próprios limites e possibilidades nas experimentações;
- *Atividade Expressiva* – Realizada ao início e término do Workshop. Os participantes escrevem em papéis em formato de folhas de árvores conteúdos relacionados aos sentimentos acerca da experimentação. A partir daí constrói-se uma árvore contendo todo o material produzido pelo grupo;
- *Vídeo* – “Common Ground” Dance and Disability. Joint Forces, 1991, USA. Realização posterior de uma discussão acerca do material mostrado;
- *“Warm-up” ou aquecimento* – Realizado ao início de cada bloco de experimentações;
- Alguns exercícios:
 - exercícios de tomar uma forma com o corpo;
 - exercícios com utilização de diferentes

- toques;
- exercícios de imaginar e realizar movimentos;
- exercícios de se comunicar com o outro através da linguagem corporal;
- “Body-work” ou trabalhos corporais: massagens com diferentes toques em duplas e trios;
- exercícios de “criar uma escultura com o corpo” realizados em duplas, trios e depois com o grupo todo;
- Grupo Operativo - Realizado ao término de cada bloco de exercícios. Técnica grupal que visou facilitar a elaboração de vivências e dos processos de aprendizagem do Danceability, através da interação entre os participantes e da possibilidade de compartilharem idéias, emoções, experiências em seguida às experimentações. Além de contar com o coordenador, contou com um observador, para o registro das falas e da configuração grupal.

ALGUNS ASPECTOS DO PROCESSO

SOBRE A EXPERIMENTAÇÃO

Não pretendemos esgotar neste artigo a enorme gama de aspectos observados neste Workshop, mas apenas salientar aqueles que nos pareceram mais marcantes ao longo de todo o processo.

Em primeiro lugar, observamos que o grupo se constituiu de forma heterogênea com a participação de portadores e não portadores de deficiência vindos de diferentes lugares: profissionais da área da saúde, da área da dança, da comunidade, familiares de alguns portadores, além de estudantes especificamente de Terapia Ocupacional.

Antes de iniciar o trabalho, ou seja, a formação do círculo, os participantes estavam dispostos em pequenos grupos, aparentemente com aqueles que tinham maior afinidade e conhecimento anterior (estudante/estudante, portador de deficiência/portador de deficiência, profissionais pertencentes ao mesmo grupo de trabalho, etc). A disposição em círculo rompeu com esta configuração, colocando já no início a possibilidade de um olhar para o outro, e de cada um entrar em contato com o grupo que ali se formaria.

Todo o trabalho deste primeiro momento foi

justamente “ir trazendo” os participantes para aquele espaço, fazendo-os perguntar para si próprios sem se manifestar verbalmente, acerca de como havia sido o trajeto até a chegada para a experimentação. A partir daí, saber um pouco como se sentiam naquele momento, conteúdo que foi explicitado e compartilhado com o grupo através da proposta de construção da árvore. Neste início, propusemos então, a reflexão, e pudemos perceber que a maioria dos participantes conseguiu realizar este resgate.

Através da leitura do material colhido da árvore, observamos que a maioria manifestava o desejo de realizar a experimentação. No entanto, alguns expressaram uma certa ansiedade no possível contato com o outro ou em relação à proposta.

Propusemos, então, que o grupo assistisse a um vídeo sobre o trabalho de Danceability, o que mobilizou alguns conteúdos e produziu questões: o que seria o trabalho de Danceability, sua história, quem fundou o método, etc, e principalmente revelou-nos o receio de não corresponder à “performance” mostrada no vídeo, que aparentemente sugeria grande proximidade com a técnica e intensa integração do grupo. Particularmente as cenas onde os participantes realizavam exercícios onde os corpos de alguma forma se tocavam, causaram certo impacto. Surgiu também uma questão, a nosso ver central: como pessoas com comprometimentos físicos tão graves, tais como aqueles que estavam no vídeo, poderiam e sabiam dançar?

Com todos estes conteúdos ligados a medos, dúvidas, desejos e expectativas, explicitados ou não – e apreendidos ou não por nós – iniciamos as vivências e percebemos que esses sentimentos não paralisaram o grupo. Não só as pessoas se envolveram passo a passo com as propostas, mas percebemos que os conteúdos desencadeados ao início foram se transformando ao longo do processo e, ainda, eram acrescidas outras sensações, tais como alegria e prazer nas experimentações, possibilitando certa fluidez ao longo do trabalho.

À medida em que propusemos exercícios em pares, trios e em grupos maiores, ia se formando uma rede de maior confiabilidade e aproximação entre os participantes e deles com o método.

Cabe, no entanto, reforçar que a proposta justamente procurou incluir as dificuldades e os sentimentos que ali surgiam, tentando oferecer continência a tais questões nos momentos de círculo no final de cada bloco.

Ao término daqueles dois dias de trabalho intenso, pudemos perceber, e novamente registramos em uma segunda árvore, que houve transformações tanto em relação aos afetos entre os participantes quanto na realização dos exercícios propostos.

No próximo item explicitaremos mais detalhadamente algumas destas questões.

SOBRE OS GRUPOS OPERATIVOS

A idéia de privilegiar o dispositivo grupal como recurso, delineado pela possibilidade de uma construção conjunta onde conteúdos e elaborações relativos à aprendizagem do Danceability pudessem emergir, mostrou-se bastante pertinente e revelou a amplitude dos campos mobilizados a partir do encontro dos sujeitos envolvidos e de sua produção coletiva.

Neste sentido, queremos novamente ressaltar que, mesmo se configurando como uma introdução, de caráter pontual, a vivência no Workshop caracterizou-se como disparadora de uma série de conteúdos temáticos e dinâmicos que, de certa forma e com um recorte, explicitam algumas questões em relação ao universo das subjetividades, suas inter-relações, incluindo aqui aspectos referentes às pessoas portadoras de deficiências.

Com relação aos conteúdos explicitados nos grupos operativos pudemos registrar a expressão de uma variedade ampla de colocações: a forma singular com que cada um estava internalizando as experimentações, os sentimentos e sensações mobilizados frente ao contato com o outro/com o grupo, e os múltiplos significados atribuídos a estas vivências. O espaço grupal nos remete à possibilidade de transitar em um território que, para além da experiência individual, privilegia o compartilhar, evidencia as diferenças, estimula a revisão do próprio ponto de vista a partir da escuta ao outro e sugere o aprender *com* o outro. Assim, a rede de significações pode também ir se transformando e se enriquecendo a partir da construção coletiva, da inclusão do outro, da diferença, no universo da aprendizagem singular. Sabemos que tal horizonte complexo com certeza demanda um trabalho longo e processual, e que a esta proposta pontual de Workshop caberia apenas *entrar em contato* com tais questões e reflexões, inclusive para nortear possíveis desdobramentos futuros.

Uma das falas iniciais do encontro revela a importância depositada no espaço grupal, convergindo

com a metodologia utilizada:

“Participar de projetos junto com outras pessoas tem sido muito bom”.

A explicitação de alguns sentimentos mobilizados durante as experimentações revela-se como importante instrumento para a percepção das formas como cada integrante processa as vivências, de algumas diferenças entre eles e das possibilidades de formular uma elaboração conjunta:

“Eu me senti aberta para ser tocada.”

“Eu fiquei com medo de tocar de uma maneira bruta”.

“Senti que a pessoa ficou com medo de mim e eu com medo dela. Só na terceira pessoa eu me senti mais à vontade”.

“Contato é uma coisa aprendida.”

Um dos aspectos bastante mencionados em consonância com a proposta, foi a possibilidade do desenvolvimento da *observação*, tanto do outro, de suas características e estilos, quanto de si mesmo, já que a experiência promoveu oportunidade de experimentações quanto às próprias sensações, aos próprios movimentos:

“Eu me senti à vontade para ficar olhando para ela. Observar o corpo dela. O gostoso é olhar a pessoa realmente.”

“Eu pude olhar a cabeça, a expressão.”

“Sair, olhar as pessoas e voltar. Eu, de fora, vi coisas maravilhosas, cenas incríveis.”

A observação mais atenciosa possibilita a interpretação de possíveis sentimentos que estariam sendo vividos, a partir da expressão postural e facial, das formas, movimentos e ritmo – que podem ou não ser confirmados:

“Percebi a C. meio ressabiada e aí fiquei pensando... Será que ela vai deixar de fazer os exercícios por causa disso?”

Falam também do contato com as dificuldades e potencialidades surgidas a partir da vivência, ressaltando-se a importância dos sentimentos mobilizados quando em contato com o outro, na relação:

“Ao mesmo tempo que você quer fazer, percebe que a pessoa quer que você faça, mas ainda você tem dúvida, tem empecilhos de como fazer, como pegar”.

Há uma preocupação em saber se o outro teve acesso à informação dada, ou seja, se ele está conseguindo participar:

“Fiquei preocupada: como ela vai ouvir deitada? (referindo-se a uma pessoa com deficiência auditiva). Ai eu falei para ela: Se você não ouvir, aperta a minha mão.”

Vão se perguntando como pode se dar a aproximação corporal e sugerem que os caminhos na direção do outro necessitam ser trilhados, ser conhecidos aos poucos. Neste percurso, podem aparecer as resistências, tanto do próprio movimento quanto do movimento do outro:

“Como vou mexer com a perna dele sem ser agressiva?”

Há referências a um aspecto histórico-cultural subjacente a esta questão:

“Essa é a parte mais difícil: falar para o outro. Desde que você nasce, você é ensinado a disfarçar. Você não é educado assim, não consegue ser sincero. É um bloqueio.”

A experiência parece ter sido desafiadora no sentido de provocar um trabalho com os próprios recursos:

“Esta coisa de trabalhar com sua possibilidade é interessante. Mesmo que ele tenha falado: eu não vou conseguir este movimento, só dele ter tentado eu entendi o movimento que ele queria fazer.”

“Tive dificuldade de entender o que as pessoas queriam falar através do olhar. Eu queria responder, mas não conseguia. Acho que teve um pouco de desacordo, faltou percepção.”

“A gente tá falando de limites e eu percebi possibilidades físicas que eu não conhecia. Meus limites diminuíram! Um dia eu ainda vou sair da cadeira (de rodas)...”

O tema *limites* não fica depositado apenas nas pessoas portadoras de deficiências, mas vai sendo distribuído entre os participantes como algo inerente ao ser humano – considerando suas variações - assim como as possibilidades. Algumas falas são bastante emocionadas e revelam o conteúdo afetivo e envolvimento de todo o grupo neste contexto:

“Eu senti coragem de quebrar um preconceito que eu tinha: eu tinha medo de tocar nas pessoas. Consegui quebrar!”

Essa fala foi seguida de palmas pelos outros integrantes.

Surge também outro aspecto, a nosso ver bastante interessante, quanto ao uso da tecnologia e suas possíveis significações e inter-relações com a percepção do corpo:

“Se a pessoa se larga e puxa a cadeira (de rodas), está puxando a cadeira e não a pessoa. Mas se a gente quer o movimento, então precisa que puxe a cadeira. Não sei, tenho a impressão que a cadeira também é o corpo da gente. Tem momentos de separação e aproximação”.

Tal discussão nos parece fundamental e pertinente, revelando a importância da reflexão acerca do papel da tecnologia assistiva, seus alcances e possíveis significações, em relação às necessidades e demandas dos sujeitos envolvidos:

“Acho que é bem isto: é você se deslocar”.

“Uma coisa é eu pegar e mexer na cadeira, outra é você mexer na pessoa na cadeira.”

Outra questão diz respeito à terminologia utilizada em relação aos portadores de deficiência: os termos “normal” e “excepcional” utilizados, de certa forma trazem diversas conotações, inclusive uma abordagem quanto ao *preconceito*, tanto por parte dos não portadores quanto dos portadores de deficiência. Observamos também a questão do preconceito em algumas falas que imprimiam necessidade de mais e maiores facilidades, além das já fornecidas, para os portadores de deficiência, estes às vezes assumindo um papel de quem realmente precisa esperar que o *outro* faça por ele.

Por fim, as falas ao término do Workshop revelam o desejo de continuidade:

“O que me incomoda é que a gente já acabou e isso é muito pouco. A gente nem teve um relacionamento de nome, mas um relacionamento de sentimentos. É muito bom levar a idéia do Danceability para outras pessoas. Eu acho que a gente deveria ter uma forma de mostrar isso”.

CONCLUSÃO E POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS

A nossa proposta, ao realizar este evento tinha, entre outras finalidades já expostas ao longo deste artigo, promover um encontro entre o Método de Danceability e a técnica de Grupo Operativo. Além disto, aplicar e processar um *olhar terapêutico* sobre as vivências, procurando apreender algumas de suas ressonâncias.

A leitura do processo – mesmo com uma concepção teórica subjacente – é, a nosso ver, sempre incompleta, por vezes “inatingível”, porque muitos dos fenômenos permanecem implícitos, pois se dão nas relações entre os participantes e de cada um consigo mesmo. No

entanto, mesmo com estas dificuldades, aliadas ao fato de que as vivências foram realizadas através da linguagem corporal, o que também dificulta seu entendimento, consideramos a experimentação rica e produtiva naquilo que pode ser revelado. As observações feitas, as falas dos participantes e o envolvimento grupal são um registro disto.

Neste sentido, uma continuidade deve se dar tanto

através das vivências em si, quanto da elaboração teórica deste tipo de material. Pensar numa aplicação do método com outras populações é, a nosso ver, uma possível vertente de investigação.

Por fim, acreditamos que produzir pesquisa em terapia ocupacional, implica também em verificar e reler métodos de intervenção à luz do nosso conhecimento.

LIBERMAN, F., SAMEA, M. Research of the body in occupational therapy: the method of danceability. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.125-32, set. / dez., 1998.

ABSTRACTS: This present article has for objective to contribute for the research of the body and of methods of body work and dances applied to the Occupational Therapy. We will be about accomplishing na elaboration theoreticalóRACTICE concerning a Workshop that united the method of Danceability with the technique of Operative Group. The discussion has as starting point observations and reflections concerning the encounter of carriers and not carriers of physical deficiency, that resulted in the rising of a series of subjects delineated basically in three territories: the body work, the group work and social inclusion.

KEYWORDS: Dance therapy, metods. Psychotherapy, group.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALESSI, A. *Manual de treino intensivo para professores em técnica de danceability*. Oregon : 1997. Mimeo.
2. PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo : Martins Fontes, 1988.

Recebido para publicação: 30/09/98

Aceito para publicação: 21/10/98

REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE AUTONOMIA DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA E SUA FAMÍLIA

Maria Aparecida Aponte Tiengo

TIENGO, M. A. A. Reflexões sobre o processo de autonomia da criança com deficiência e sua família. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.133-6, set. / dez., 1998.

RESUMO: O texto propõe analisar a partir de um relato de caso, como a família lida com o processo de diferenciação dos seus membros com decorrente crescimento da autonomia de todos e em particular o da criança com deficiência. O presente trabalho visa ressaltar a importância do atendimento familiar em reabilitação e propõe que o terapeuta atue na criação de maiores possibilidades de diferenciação dos componentes do grupo familiar. Teoricamente o trabalho conjuga o pensamento psicanalítico à abordagem sistêmica das famílias.

DESCRITORES: Crianças portadoras de deficiências. Terapia familiar. Terapia ocupacional.

A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA E A FAMÍLIA

A família está sujeita a transformações no decorrer do seu ciclo vital, no entanto, existe uma tendência a evitar mudanças que, *a priori*, são sentidas como desestruturantes no seu processo de desenvolvimento. Esse mecanismo defensivo é denominado homeostase familiar e tem a função de manter o sistema familiar estável. Para que a homeostase se concretize um dos elementos do grupo familiar, geralmente uma criança, pode ser eleito para ser o depositário de um sintoma. Por ser alguém que ainda está em formação, pode mais facilmente se identificar com um conflito familiar existente. Em contrapartida, a criança, ao mesmo tempo que sofre

uma perda em relação ao seu processo de diferenciação e crescimento pessoal, ganha a atenção do grupo familiar que passa a se preocupar com ela.

"A psicose é o grau máximo da parada no desenvolvimento de uma criança. Se considerarmos que este estancamento é a metáfora da dificuldade da família em se desenvolver ou constituir sua identidade enquanto família nuclear, concluiremos que esta família está tão indiferenciada em relação a sua família de origem quanto seu filho em relação a eles próprios" (CROISMAN e LOBO, 1994, p. 89)³.

O nascimento de uma criança deficiente remete a

* Psicóloga com especialização em atendimento familiar pelo Instituto Sedes Sapientiae. Integrante do REATA, Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Maria Aparecida Aponte Tiengo. Rua Clélia, 1254 apto 173. Vila Romana. 05042-000. São Paulo, SP. e-mail: lastiengo@aasp.org.br

família a uma crise em relação às expectativas que decorrem do desejo do filho idealizado. A vinda de uma criança é sempre carregada de expectativas, tanto por parte da família nuclear quanto das famílias de origem.

"Na medida em que o que deseja no decurso da gravidez é, antes de mais, uma recompensa, ou a repetição da sua própria infância, o nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os seus sonhos perdidos; um próprio passado, uma imagem fantasmagórica que se sobrepõe à pessoa real do filho. Este filho de sonho tem por missão restabelecer, reparar o que na história da mãe foi julgado deficiente, sentido como falta, ou de prolongar aquilo a que ela teve que renunciar" (MANNONI, 1981, p.30)⁴.

Na experiência em intervenção grupal com famílias no REATA, Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, observamos que as famílias têm grande necessidade de compreender a causa da deficiência. Há a busca permanente e incansável de justificativa sobre a razão da deficiência. Assim, o pedido inicial das famílias ao Serviço de Reabilitação está baseado numa expectativa de cura da deficiência, como tentativa de anulação da diferença. Há dificuldade em permitir que o filho cresça com a sua condição singular.

Observamos, na maioria dos casos em atendimento no REATA, que a questão da autonomia do filho deficiente pode vir a tornar-se razão de sofrimento para os pais. É comum verificarmos resistências às intervenções que buscam facilitar a independência do filho, apesar de racionalmente aceitas. Assim, o processo terapêutico tende a ficar estagnado e o abandono pode surgir.

Segundo a proposta de ANDOLFI et al.¹ para a terapia familiar, o conceito de autonomia é associado ao processo de individuação e diferenciação dos membros de um grupo familiar. Cada um desses componentes tem a necessidade de se diferenciar ao longo do tempo.

"O indivíduo vai tornando-se cada vez menos dependente, em seu funcionamento, do sistema familiar original, até poder separar-se e instituir-se por si mesmo, com funções diferentes, um no-

vo sistema" (ANDOLFI, 1984, p. 18)¹.

O autor explica que o processo de diferenciação que leva à própria identidade pessoal está vinculado às relações interpessoais e é constituído à partir da relação triangular entre os pais e a criança. Numa relação entre duas pessoas, para que haja a diferenciação de uma, esta deverá ser capaz de estabelecer relações com uma terceira pessoa.

"A capacidade de mudar, de deslocar-se de um lugar para o outro, de participar, de separar-se, de pertencer a diversos subsistemas permite a possibilidade de exercer funções únicas, de trocas e adquirir outras para expressar, desse modo, outros aspectos mais diferenciados de si mesmo" (ANDOLFI, 1984, p. 19)¹.

Esse processo é caracterizado pela instabilidade e desorganização familiar na busca de um equilíbrio e depende da capacidade da família em permitir a diferenciação de seus membros. Assim, podemos entender que autonomia é a capacidade da pessoa em ocupar o seu próprio espaço dentro do sistema familiar, enquanto possuidor de uma identidade própria.

O processo de diferenciação não se dá somente na família nuclear, mas também desta em relação às famílias de origens. É necessário compreender a família a partir de uma perspectiva trigeracional, que refere-se a triangulação formada a partir da família nuclear e as famílias de origem correspondentes (ANDOLFI, 1977, p. 19)².

Com base em tais conceitos discutiremos, a seguir, a dinâmica familiar de uma criança com deficiência, onde se pode observar que o desenvolvimento de maiores possibilidades de autonomia da criança está intimamente ligado à capacidade do grupo familiar de rever o processo de diferenciação de cada um de seus elementos. Com esse objetivo, relataremos um atendimento familiar realizado no REATA.

RELATO DE CASO

Caio, 8 anos, apresenta seqüela de paralisia cerebral, com quadro de hemiplegia devido a traumatismo crânio encefálico. Filho de João, 41 anos, comerciante e Julia, 43 anos. O casal tem mais dois filhos, Marcos, com 16 anos e Pedro, com 20 anos.

Nos primeiros atendimentos os pais revelavam angústia e revolta com o advento da deficiência,

principalmente devido à causa. Fizeram um relato detalhado e carregado de sofrimento sobre o fato. Caio, com 2 anos, fora internado num hospital com suspeita de meningite, descartada após um período de observação e resultado de exame de líquido; porém, no dia da alta, a mãe encontrou o filho desmaiado no chão: a criança havia caído do berço e sofrido traumatismo craniano. Caio permaneceu no hospital por mais um mês, período em que submeteu-se a cirurgia para drenagem do hematoma, vindo a apresentar uma infecção no local, o que agravou ainda mais o quadro.

No REATA, Caio iniciou atendimento individual em terapia ocupacional e os pais foram convidados a participar do atendimento familiar individual, com frequência semanal. Como também há participações do casal nos encontros e oficinas temáticas com famílias, a mãe, nessas ocasiões, também participa de um grupo de trabalhos corporais. A frequência ao atendimento familiar individual era assídua e ambos compareciam sempre juntos às sessões.

No início os pais revelavam demasiada necessidade de proteção e cuidados dirigidos a Caio, dificultando maiores possibilidades de vivência da criança quanto às relações grupais e quanto às atividades no cotidiano. Ambos temiam que o filho sofresse quedas ao brincar, principalmente no contato com outras crianças ou em ambientes fora do lar.

No atendimento familiar procuramos desvendar junto aos pais essa excessiva necessidade de cuidados, as dificuldades em permitir ao filho maior contato social, os ganhos que obteriam com tal desenvolvimento e, principalmente, o que os mantinha nessa posição.

Os pais começaram a relatar preocupações com seus outros dois filhos e mostravam-se dispostos a compreender a dinâmica do grupo familiar. Em verdade, não só o filho com deficiência apresentava poucas experiências de vida, mas os filhos maiores também. Assim, a discussão sobre a autonomia ampliou-se a todos os componentes do grupo.

O início do ciclo vital fora marcado por poucas possibilidades de diferenciação em relação às famílias de origem. Júlia relatou que não podia exercer nenhuma ação sobre seus filhos logo após o nascimento sem que houvesse a interferência de ambas as famílias de origem.

A partir daí o casal trouxe questões ligadas ao casamento e às dificuldades de ambos quanto à autonomia. Além disso, percebiam como isso estava

relacionado às poucas possibilidades de diferenciação em relação às famílias de origem, tanto na história de vida de cada cônjuge, como também no casamento e na formação do ciclo vital. O casal tentava compreender suas dificuldades e cada cônjuge começou a ouvir mais a história do outro; as necessidades particulares de cada um começaram a aparecer.

Paralelamente, o casal trouxe mais abertamente seus sentimentos sobre o acidente; como sofreram com as opiniões das famílias de origem e como ambos tentavam encontrar uma justificativa.

Caio foi inserido em atendimento grupal em terapia ocupacional e, principalmente através do esforço dos pais, o filho se mantém frequentando classe normal da rede estadual de ensino. O casal participou por um período do atendimento familiar e atualmente Júlia continua frequentando o grupo corporal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos reportarmos ao tema autonomia, através das observações com famílias que buscam o serviço de reabilitação, vemos que uma parte delas parecem atuar no sentido de manter o filho com deficiência imaturo social e emocionalmente, dificultando seu crescimento enquanto pessoas autônomas e preparadas para a vida. Parecem ficar paralisadas na época em que recebem a notícia da deficiência, talvez na tentativa de resgatar um passado onde se fazia mais presente o filho ideal. Enfrentar a realidade da deficiência e da diferença, com o "olhar" no crescimento, parece ser uma tarefa quase impossível. O momento da notícia instala uma crise no sistema familiar, no qual o desenvolvimento do grupo familiar torna-se sofrido e difícil, ou mesmo negado e interdito. Com a crise e a desestabilização, o sistema familiar tende a permanecer numa homeostase, no qual o desenvolvimento do processo de autonomia do grupo pode ficar prejudicado.

Os pais parecem viver um dilema que fala do lidar com o filho, que possivelmente vai depender deles durante toda a sua vida e permitir que esse filho se diferencie do grupo, sendo capaz de revelar seus próprios desejos, ou até mesmo com a possibilidade de iniciar um novo ciclo vital.

Praticamente são descartados planos e expectativas futuras e o movimento da família é focado na criança com deficiência, com o risco de resumir-se no tratamento da criança a vida de todos os membros do grupo. A reorganização deve ocorrer, mas depende de vários fatores que incidem na dinâmica de relações do

grupo familiar. A ajuda através da intervenção terapêutica pode contribuir, desde que esta venha a objetivar o resgate e o desenvolvimento da autonomia de todos os membros do grupo familiar.

A questão primordial, na intervenção familiar,

parece ser justamente a criação de condições para facilitar a diferenciação dos membros do grupo, através das quais todos, e principalmente a pessoa com deficiência, beneficiem-se com maiores ganhos de autonomia.

TIENGO, M. A. A. Reflections about family and its disable child autonomy process. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 3, p.133-6, set. / dez., 1998.

ABSTRACT: The text intend to analyze from a reported case, how the family deal with the differentiation process of the groups member with current autonomy growth of all the everybody and in particular with its disable child. The present work aims to bring up the importance of the familiar attendance on rehabilitation, and proposes that the therapist creates more differentiation of possibilities of the familiar groups components. In the theory, the work conjugate the psychoanalytic thought at the systematic approach of the families.

KEYWORDS: Disabled children. Family therapy. Occupational therapy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDOLFI, M., ANGELO, C., MENGHI, P., NICOLO, M. A., CORIGLIANO, A.M.N. *Por trás da máscara familiar: um enfoque em terapia familiar*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984. 140p.
2. ANDOFI, M. *A terapia familiar: um enfoque interacional*. Campinas : Workshopsy, 1977. 240p.
3. CROISMAN, M., LOBO, M. V. *Terapia familiar na infância: crise do ciclo vital e autismo*. In: CASTILHO, T. *Temas em terapia familiar*. São Paulo : Plexus, 1994. 140p.
4. MANNONI, M. *A criança atrasada e a mãe*. 3.ed. Lisboa : Moraes Editores, 1981. 265p.

Recebido para publicação: 18/08/98

Aceito para publicação: 06/10/98

ÍNDICE DE AUTOR/AUTHOR INDEX

Benetton, M.J., 94
Bock, V., 32
Brunello, M.I.B., 14
Bucaretschi, H.A., 82
Cárdenas, M.Y.G., 114
Caromano, F.A., 114
Caromano, F.A., 74
Castro, E.D., 47
Coppini, R.Z., 20
Esturaro, A.T.A., 82
Gaeta, C.H., 32
Ghirardi, M.I.G., 47
Gierse, G., 74
Iizuka, L.E.M., 74
Lancman, S., 47
Lancman, S., 94
Lieberman, F., 125
Lima, E., 47
Lima, L.J.C., 37
Magalhães, L.C., 119
Mângia, E.F., 5
Maximino, V.S., 49
Mendes, F.A.S., 74
Nicácio, F., 3
Pachioni, A.M., 32
Pasetchny, N., 37
Passarela, J., 74
Pelbart, P.P., 62
Pereira, L.M.F., 70
Sá, C.S.C., 114
Samea, M., 125
Saraceno, B., 26
Tiengo, M.A.A., 133
Tissi, M.C., 92
Villares, C., 32
Villares, C.C., 105
VillaresC.C., 55

ÍNDICE DE ASSUNTO

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 9, 1998

Anorexia nervosa

Uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no tratamento da anorexia nervosa, 82-7

Apoio social

Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade, 37-42

Bronquiectasia

Efeitos da aplicação das técnicas de limpeza brônquica associada à mobilização em pacientes portadores de bronquiectasia, 114-8

Crianças portadoras de deficiências

Reflexões sobre o processo de autonomia da criança deficiente e sua família, 133-6

Demência

O atendimento terapêutico ocupacional aos pacientes com demência, 20-5

Dessensibilização psicológica

Influência da massagem clássica segmentar e geral na flexibilidade de indivíduos adultos jovens, 74-81

Desinstitucionalização

A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental, 26-31

Loucura: um processo de desconstrução da existência, 14-9

Rede internacional de saúde mental comunitária [Editorial], 3-4

Educação de pós-graduação

Situação da capacitação docente e perspectivas de criação de curso de pós-graduação em terapia ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 119-24

Esquizofrenia e transtornos com características psicóticas

Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história, 32-6

Estudos de avaliação

Estudo de confiabilidade e validação da "entrevista da história do desempenho ocupacional", 94-104

Fisioterapia

Efeitos da aplicação das técnicas de limpeza brônquica associada à mobilização em pacientes portadores de bronquiectasia, 114-8

Influência da massagem clássica segmentar e geral na flexibilidade de indivíduos adultos jovens, 74-81

Geriatrics

Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade, 37-42

O atendimento terapêutico ocupacional aos pacientes com demência, 20-5

Grupos de auto-ajuda

Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade, 37-42

Hospitais dia

Teatro Nômade, 62-9

Hospitais psiquiátricos

Franco da Rocha e os usos do trabalho no hospício, 70-3

Massagem

Influência da massagem clássica segmentar e geral na flexibilidade de indivíduos adultos jovens, 74-81

Pacientes internados

Franco da Rocha e os usos do trabalho no hospício, 70-3

Pesquisa

Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: um panorama geral, 105-13

Loucura: um processo de desconstrução da existência, 14-9

Política de saúde

Rede internacional de saúde mental comunitária [Editorial], 3-4

Prática de grupo

A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades - ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses, 49-54

Teatro Nômade, 62-9

Uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no tratamento da anorexia nervosa, 82-7

Psicoterapia de grupo

O atendimento terapêutico ocupacional aos pacientes com demência, 20-5

Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história, 32-6

Uma pesquisa do corpo em terapia ocupacional: o método de danceability, 125-32

Psiquiatria

Franco da Rocha e os usos do trabalho no hospício, 70-3

Reabilitação

Deficiência em debate: a rede entre amigos, 92-3

Redes comunitárias

Rede internacional de saúde mental comunitária [Editorial], 3-4

Redes de comunicação de computadores

Deficiência em debate: a rede entre amigos, 92-3

Saúde mental

A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental, 26-31

Abordagem qualitativa em saúde mental: Parte I - contexto, conceituação e metodologia, 55-61

Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história, 32-6

Loucura: um processo de desconstrução da existência, 14-9

Rede internacional de saúde mental comunitária [Editorial], 3-4

Teatro Nômade, 62-9

Saúde do idoso

Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade, 37-42

Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história, 32-6

Serviços de saúde para idosos

O atendimento terapêutico ocupacional aos pacientes com demência, 20-5

Terapia através da dança

Uma pesquisa do corpo em terapia ocupacional: o método de danceability, 125-32

Terapia familiar

Reflexões sobre o processo de autonomia da criança deficiente e sua família, 133-6

Terapia ocupacional

A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades - ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses, 49-54

Abordagem qualitativa em saúde mental: Parte I - contexto, conceituação e metodologia, 55-61

Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: um panorama geral, 105-13

Apontamentos sobre o campo da terapia ocupacional, 5-13

Compartilhando experiências: o Congresso da WFOT [Editorial], 47-8

Deficiência em debate: a rede entre amigos, 92-3

Estudo de confiabilidade e validação da "entrevista da história do desempenho ocupacional", 94-104

Grupo de terapia ocupacional: um espaço de construção de fatos, vivências e história, 32-6

O atendimento terapêutico ocupacional aos pacientes com demência, 20-5

Reflexões sobre o processo de autonomia da criança deficiente e sua família, 133-6

Situação da capacitação docente e perspectivas de criação de curso de pós-graduação em terapia ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 119-24

Uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no tratamento da anorexia nervosa, 82-7

Terapia pela arte

Teatro Nômade, 62-9

Transtornos psicóticos

A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades - ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses, 49-54

KEYWORDS INDEX

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 9, 1998

Aging health

Activities in group: a choice for social inclusion in the old age, 37-42

Anorexia nervosa

An occupational therapy intervention proposal for the treatment of anorexia nervosa, 82-7

Art therapy

Normadic theater, 62-9

Bronchiectasis

Effects of respiratory care and thorax mobilization in bronchiectasis patients, 114-8

Community networks

Community mental health international network, 3-4

Computer communication

Issues on disability: the "Entre Amigos" network, 92-3

Dance therapy

Research of the body in occupational therapy: the method of Danceability, 125-32

Day hospital

Normadic theater, 62-9

Deinstitutionalization

Community mental health international network, 3-4
Insanity: a process of social destruction of existence, 14-9
Psicossocial rehabilitation's conception as referencial for the therapeutic interventions in mental health, 26-31

Dementia

Occupational therapy with older people with dementia, 20-5

Desensibilization psychologic

Influency of segmentar and general classic massage in flexibility of young adults, 74-81

Disabled children

Refleitions about family and its disable child autonomy process, 113-6

Education, graduate

Professor's qualification and perspectives for opening a graduate program in occupational therapy at the Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 119-24

Evaluation studies

Confiability and validity study of OPHI, 94-104

Family therapy

Refleitions about family and its disable child autonomy process, 113-6

Geriatrics

Occupational therapy with older people with dementia, 20-5

Group practice

An occupational therapy intervention proposal for the treatment of anorexia nervosa, 82-7
Normadic theater, 62-9
The psychotic organization and the constitution of the activities group - Why to use groups as an therapeutic resource on psychoses, 49-54

Health police

Community mental health international network, 3-4

Health services for the aged

Occupational therapy with older people with dementia, 20-5

Impatientes

Franco da Rocha and the uses of labor in the mad-house, 70-3

Massage

Influency of segmentar and general classic massage in flexibility of young adults, 74-81

Mental health

Community mental health international network, 3-4
Groupwork in occupational therapy: constructing facts, experiences and history, 32-6
Insanity: a process of social destruction of existence, 14-9
Normadic theater, 62-9
Psicossocial rehabilitation's conception as referencial for the therapeutic interventions in mental health, 26-31
Qualitative research in mental health: Part I - Issues of context, conceptualization and change, 55-61

Occupational therapy

An occupational therapy intervention proposal for the treatment of anorexia nervosa, 82-7
Confiability and validity study of OPHI, 94-104
Groupwork in occupational therapy: constructing facts, experiences and history, 32-6
Issues on disability: the "Entre Amigos" network, 92-3
Notes on the field of the occupational therapy, 5-13
Occupational therapy with older people with dementia, 20-5
Professor's qualification and perspectives for opening a graduate program in occupational therapy at the Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 119-24
Qualitative research in mental health: Part I - Issues of context, conceptualization and change, 55-61
Qualitative research in occupational therapy: a panoramic view of the field, 105-13
Refleitions about family and its disable child autonomy process, 113-6
Sharing experiences: the WOFT Congress, [Editorial], 47-8
The psychotic organization and the constitution of the activities group - Why to use groups as an therapeutic resource on psychoses, 49-54

Psychiatric hospitals

~ Franco da Rocha and the uses of labor in the mad-house, 70-3

Psychiatry

~ Franco da Rocha and the uses of labor in the mad-house, 70-3

Psychotic disorders

The psychotic organization and the constitution of the activities group - Why to use groups as an therapeutic resource on psychoses, 49-54

Physical therapy

Effects of respiratory care and thorax mobilization in bronchiectasis patients, 114-8

Influency of segmentar and general classic massage in flexibility of young adults, 74-81

Psychotherapy, group

Occupational therapy with older people with dementia, 20-5
Research of the body in occupational therapy: the method of Danceability, 125-32

Rehabilitation

Issues on disability: the "Entre Amigos" network, 92-3

Research

Qualitative research in occupational therapy: a panoramic view of the field, 105-13

Self-help groups

Activities in group: a choice for social inclusion in the old age, 37-42

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 DESCRITORES/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 transcrito 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 indivíduo 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.

