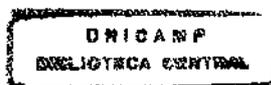


Michelle Selma Hahn

O Processo de Escolha de Áreas de  
Especialidade dos Recém-Graduados em  
Terapia Ocupacional: a opção pela  
Psiquiatria e Saúde Mental

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP  
Faculdade de Ciências Médicas  
Campinas, 1999



**Michelle Selma Hahn**

**O Processo de Escolha de Áreas de  
Especialidade dos Recém-Graduados  
em Terapia Ocupacional: a opção pela  
Psiquiatria e Saúde Mental**

**Tese de Doutorado  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas  
Área de Concentração-Saúde Mental**

**Orientador Prof. Dr. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz  
Prof. Titular do Departamento de Psiquiatria  
Universidade Federal de São Paulo - EPM  
Co-Orientador Prof. Dr. Joel S. Giglio  
Prof. do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica  
Universidade Estadual de Campinas - Unicamp**

**Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP  
Faculdade de Ciências Médicas  
Campinas, 1999**

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	15
TOANTO	41256
PROJ.	278/00
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PRECOS	R\$ 11,00
DATA	30-06-00
N.º CPD	

CM-00142272-1

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

H124p

**Hahn, Michelle Selma**

O Processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em terapia ocupacional : a opção pela Psiquiatria e Saúde Mental / Michelle Selma Hahn. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientadores : Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, Joel Sales Giglio  
Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

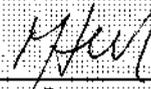
1. Formação profissional. 2. Educação permanente. 3. Terapeuta ocupacional. I. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz. II. Joel sales Giglio. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

# **Banca examinadora da tese de Doutorado**

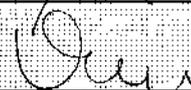
**Orientador: Prof. Dr. Marcos Pacheco Toledo Ferraz**

## **Membros:**

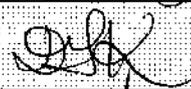
1.



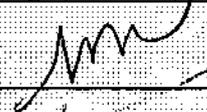
2.



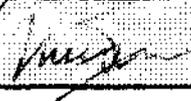
3.



4.



5.



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data:**

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho antes de se tornar uma tese de doutorado é acima de tudo uma continuidade de um outro iniciado em 1991, que foi a dissertação de mestrado, e como tal muitas foram as pessoas que “continuaram trabalhando” arduamente comigo. A estas o agradecimento é duplo, pelas contribuições de natureza pessoal e/ou profissional, pela confiança e paciência nesta longa trajetória.

Muitas novas pessoas foram necessárias e acabaram sendo acrescentadas ao elenco de “trabalhadores” a meu favor e tornaram esta empreitada possível. A elas além do meu muito obrigada, o desejo de que se sintam parte do grupo dos que continuarão comigo nestes caminhos da vida.

Ao Marcos que, mais uma vez, esteve presente através da orientação constante, dos valiosos ensinamentos e com segurança me levou até o final deste trabalho.

Ao Joel, que novamente demonstrou disponibilidade na co-orientação e compartilhou o desenvolvimento deste projeto.

Às colegas, Adriana M., Adriana P., Aline, Ana Gláucia, Ana Luiza, Angela, Angélica, Ariana, Cilene, Claudia C.S., Claudia S., Eliana, Érica S., Érica T., Giseli, Graziela, Izabela, Juliana, Jussara, Luciane, Marcela, Marcia, Merli, Monica, Nilza, Patrícia S., Patrícia Z., Rita, Roberta, Silene, Tatiane e Vanessa, aprimorandas de terapia ocupacional em 1997, cuja colaboração permitiu a realização deste trabalho.

A FUNDAP, aqui representada em especial por Mari Shirabashi e Shirley Cascales pela constante solicitude, na disponibilização dos inúmeros e freqüentes dados sem os quais esta pesquisa não se tornaria viável.

Aos professores Roosevelt Cassorla, Maria Heloísa da Rocha Medeiros e Valério Arantes pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

À amiga e colega Selma um agradecimento especial, pois apesar de não ter sido oficialmente orientadora ou co-orientadora, sempre que necessário disponibilizou seu tempo, seu conhecimento e os colocou à minha disposição.

As instituições UNICAMP e UFSCar pela possibilidade de dar continuidade ao meu processo de capacitação docente-pesquisadora.

À CAPES pelo auxílio financeiro ao longo da maior parte deste trabalho.

Às secretárias Mônica, Carmen e Marcinha pela presteza na imensa burocracia deste processo.

À amiga Sueli, pela forma cuidadosa e paciente com que efetuou o projeto gráfico e a diagramação final deste trabalho.

À Dulce, pela maneira criteriosa na revisão total deste texto.

Às colegas e amigas que nestes últimos anos dividiram e somaram os espaços de trabalho do nosso Laboratório de Saúde Mental: Helô, Thelma, Glória e Adriana, obrigada pela convivência tão afetiva e estimulante.

Às colegas do DTO, grandes companheiras da terapia ocupacional, pela convivência amistosa, pela cooperação, pois em diversos momentos assumiram algumas das minhas tarefas didáticas e administrativas.

Aos inúmeros colaboradores "técnico-administrativos" da UFSCar, como as secretárias do DTO, as servidoras do Setor de Periódicos da Biblioteca Central, e os funcionários do DeAMO e UENAPES pela forma atenciosa de sempre tentar facilitar as minhas muitas outras atividades "de além tese".

As amigas Jussara e Tata de novo e sempre presentes nos momentos fáceis e difíceis do cotidiano.

Aos meus pais, Hilde e Gunter, e a toda a "família nuclear e agregada", Felix, Patrícia, Claude, Totonho, Felipe, Marcelo e Rodrigo, além da gratidão, um pedido de desculpas pelas ausências nos eventos familiares e pelos meus inúmeros momentos de mal humor e cansaço.

Ao Azael pela ousadia de entrar na minha vida no mesmo momento da defesa do mestrado e seleção para o doutorado e principalmente pela coragem de permanecer ao meu lado, construindo e amenizando um novo e "nosso" cotidiano.

## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	9
RESUMO	i
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
. Um recorte da história da Terapia Ocupacional	
. Escolha de áreas de especialidade: Psiquiatria e Saúde Mental	
3. POLÍTICAS E DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL: A "CRISE" DA ÁREA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	27
4. POLÍTICAS, DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO	33
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
. Objetivo	
. Campo de ação e sujeitos	
. Método e instrumentos	
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS RELATIVOS AOS PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL E PROFISSÕES AFINS	65
. Análise Sincrônica dos Programas de Aprimoramento em Terapia Ocupacional comparada às profissões afins em 1997: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social	
. Análise Retrospectiva dos Programas de Aprimoramento em Terapia Ocupacional	
7. ANÁLISE COMPARATIVA DOS CURRÍCULOS	87
8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	105
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
10. SUMMARY	183
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	I
ANEXO B – TABULAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS	V

## LISTA DE QUADROS

Q 1 – O desenvolvimento dos Serviços Psiquiátricos e a inserção da Terapia Ocupacional nos últimos cinquenta anos.	34
Q 2 – Distribuição de Bolsas de Aprimoramento para Terapeutas Ocupacionais nos anos de 1996 a 1998 no estado de São Paulo	50
Q 3 – Oferta preliminar de vagas de bolsas para Terapeutas Ocupacionais no ano 1997 - Fundap	52
Q 4 – Crescimento (percentual) do número de cursos na área de saúde entre os anos 1981 e 1996, segundo a Fundap	66
Q 5 – Distribuição do número de aprimorandos das cinco categorias profissionais no ano 1997	71
Q 6 – Distribuição dos aprimorandos das cinco categorias profissionais em 1997 por ano de aprimoramento	72
Q 7– Distribuição do número de aprimorandos das cinco categorias profissionais em 1997, por gênero	73
Q 8 – Distribuição do número de instituições e programas oferecidos para as cinco categorias profissionais no ano de 1997	75
Q 9 – Dados da Terapia Ocupacional entre 1985 e 1996	80
Q 10 – Número de aprimorandos por áreas entre os anos de 1985 e 1998	84
Q 11 – Distribuição dos Aprimorandos em relação ao curso de graduação de origem e suas escolhas de áreas nos programas de aprimoramento em 1997	88
Q 12 – Caracterização dos cursos de Terapia Ocupacional e respectivos perfis curriculares dos aprimorandos no ano de 1997	93
Q 13 – Distribuição dos sujeitos por faixa etária	109
Q 14 – Grau de parentesco	116
Q 15 – Preferência de estágios extracurriculares em relação às áreas de escolha nos programas de aprimoramento	122
Q 16 – Número de sujeitos relativo às preferências por áreas clínicas ao longo dos estágios	127

## RESUMO

O presente estudo tem como proposta a verificação dos diferentes fatores que influenciam e determinam a opção e a escolha de uma determinada área de especialidade clínica por parte dos terapeutas ocupacionais recém-formados. Para pesquisar esses fatores elegemos um universo de profissionais no estado de São Paulo que, ao longo do ano de 1997, estavam cursando algum tipo de curso formal e oficial de aprimoramento e/ou equivalente tal como residências ou outro tipo de especialização.

Do ponto de vista metodológico recorreremos a vários procedimentos respaldados teoricamente nos conceitos dos métodos de pesquisa tanto de análises quantitativas quanto de análises qualitativas. Utilizamos-nos da técnica de elaboração, aplicação em um projeto piloto, reelaboração e posterior realização de entrevistas individuais com cada um dos trinta e dois sujeitos pesquisados. Procedemos a uma análise dos perfis curriculares de cada um dos cursos de graduação de origem desses profissionais para investigar seus conteúdos programáticos no geral, com ênfase na área escolhida, no caso a psiquiatria e saúde mental. Também nos utilizamos do farto material quantitativo disponível sobre aprimoramentos em terapia ocupacional e de quatro outras categorias profissionais afins para uma análise documental comparativa e retrospectiva.

Ao iniciarmos o trabalho tínhamos três pressupostos básicos que poderiam nos conduzir a caminhos que indicassem como, quando, e por quê as escolhas de área de especialidade são feitas. Nos interessava particularmente como se dava essa trajetória na área de psiquiatria e saúde mental. Essas premissas eram: 1) aparentemente existiria uma quantidade maior de oportunidades nesta área específica, se comparada

às outras áreas possíveis para uma educação continuada desta natureza; 2) poderia haver um ou mais determinantes de origem acadêmica formal que influenciassem este processo decisório, ou seja, o ensino de graduação tanto teórico quanto prático poderia ser mais ou menos direcionado para cada uma das áreas; 3) os aspectos relacionados a motivações pessoais prévias e/ou concomitantes que exerceriam algum tipo de predomínio sobre as opções realizadas ao longo do percurso de formação profissional.

Após a exploração destes pressupostos este trabalho apresenta os seguintes resultados: 1) existe de fato um número maior de possibilidades de aprimoramento profissional na área de psiquiatria e saúde mental, que na sua essência está vinculado às rápidas transformações das políticas e modelos de atenção aos portadores de sofrimento psíquico e da conseqüente ampliação e capacitação de recursos humanos na área, inserindo a terapia ocupacional enquanto modalidade terapêutica fundamental e valorizando as ações deste profissional; 2) o principal determinante acadêmico para a escolha de uma determinada área de especialidade é o modelo adquirido a partir da experiência prática, geralmente um estágio, no qual houve possibilidade de atuação bem sucedida, tanto na aprendizagem quanto na intervenção junto à clientela; 3) as motivações pessoais com relação à opção por um aperfeiçoamento profissional exercem um papel fundamental do ponto de vista de influências, não tendo casualidade única, podendo estar ligadas ao fato de as terapeutas ocupacionais recém-graduadas, na maioria das vezes, não se sentirem ainda suficientemente preparadas para enfrentar as exigências do mercado de trabalho, aliado a diversas vivências familiares anteriores (apenas o grau de parentesco e/ou a convivência com algum tipo de patologia), e também ao interesse específico adquirido a partir das experiências práticas já mencionadas.

Estas percepções nos apontam a necessidade de atenção constante na elaboração e reformulação de perfis curriculares e seus respectivos conteúdos programáticos, no sentido de cada vez mais oferecer ao futuro profissional a idéia e a prática de diversas formas de educação continuada e permanente, pois estes são elementos para uma construção melhor de sua identidade profissional, seja ela especializada em uma ou mais áreas.

## INTRODUÇÃO

O processo de escolha de uma área de especialidade clínica parte inicial do título desta tese, conduz diretamente à minha trajetória pessoal enquanto vestibulanda no início da década de setenta. Esta história começa como todas as outras. Era uma vez uma adolescente ativa, curiosa e contestadora como todos os seus pares nesta mesma faixa etária que, ao estar terminando o então curso Clássico (equivalente ao Colegial ou ensino médio de hoje), queria escolher uma profissão. Após os testes vocacionais da época chegou-se à conclusão de que ela provavelmente seria bem sucedida em algo que lidasse com pessoas, havendo preferência por crianças, que as ajudasse, que fizesse o bem, este último como resquício de uma intensa vivência no movimento bandeirante, aquele de realizar “as boas ações”. As opções recaíram sobre prestar os exames vestibulares para a já conhecida carreira de Serviço Social, e a desconhecida Terapia Ocupacional. Após a aprovação nos dois cursos, a decisão final da escolha se deu pela T.O., e ao entrar no então único curso existente no estado de São Paulo, o da USP, eu, a adolescente da história, já tinha “certezas” quanto à área de especialidade

na qual queria trabalhar no futuro: seria trabalhar com crianças deficientes mentais, embora houvesse um profundo desconhecimento de minha parte quanto ao que era a própria terapia ocupacional e as suas possibilidades de áreas de atuação.

Em 1971 o curso era de três anos de duração, o que eu desde o início achava extremamente pouco e por esta razão tratei de prolongá-lo realizando além dos estágios obrigatórios de "observação e atuação", uma série de estágios extra curriculares. Esses estágios todos me proporcionaram experiências e vivências novas, até então desconhecidas enquanto possibilidades de espaços de trabalhos terapêuticos. Algumas dessas experiências foram mais marcantes do que outras, alguns estágios foram muito difíceis como o de reabilitação física, outros decepcionantes tanto teórica quanto praticamente, como o trabalho com crianças com distúrbios de comportamento e com os deficientes mentais. Com isso "as certezas" se abalaram, e outras oportunidades muito gratificantes surgiram.

A primeira delas foi no estágio do segundo ano no Sanatório Bela Vista, onde eu deveria observar, por um curto período de dois meses, o trabalho da terapia ocupacional com pacientes psiquiátricos graves em fase aguda da doença durante seu período de internação. Como adorei (sem saber de novo exatamente o porquê), solicitei a Pola Maria Poli de Araújo, terapeuta ocupacional do local, para continuar voluntariamente por um tempo maior. Esse tempo de acolhida pelo qual até hoje sou muito grata, foi de mais um ano e meio. Foi um grande tempo de descobertas, aprendizagem, vivência de um primeiro modelo de atuação, identificação com o modo de ser da T.O. Enfim mais uma "certeza", dessa vez eu me descobria gostando muito

de trabalhar com esta clientela, até então desconhecida e por que não dizer alvo de um certo preconceito, já que não tinha nenhuma familiaridade mais próxima com a “loucura”.

Já no último ano da faculdade, em 1973, uma rara oportunidade para todos nós, 25 alunos do Curso. Surgiram vinte e seis vagas para um estágio remunerado de doze horas semanais, em diferentes macro-hospitais psiquiátricos públicos. Era a primeira vez que a Secretaria de Estado da Saúde promovia um concurso para estagiários de várias áreas. Essa louvável iniciativa, que nunca mais se repetiu, partiu do então Coordenador de Saúde Mental, Dr. Luís Cerqueira, um grande defensor em prol das ocupações para os doentes mentais e do trabalho realizado pela terapia ocupacional. Após a seleção optei por um estágio no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana, por ser o de menor porte, mais perto de onde eu morava, e não tão cheio de “histórias” como o Juqueri. Foi um ano intenso de experiências com uma clientela de pacientes crônicas, que às vezes tinham mais tempo de internação, do que eu de idade. Foi um tempo de convivência com colegas de classe queridas como Suzete, com os residentes de psiquiatria da Santa Casa, que ali realizavam sua prática, e foi principalmente um tempo de contrastes e dúvidas entre o estágio anterior e aquele em que as realidades e possibilidades de intervenção eram tão diferentes.

Era necessário compreender tudo isso melhor, e como essas inquietações não eram exclusivamente minhas, logo que me formei, antes mesmo de iniciar meu primeiro trabalho como profissional no hospital Psiquiátrico Pinel-SP, aliei-me às colegas e amigas para participar de um grupo de estudos e supervisão em terapia ocupacional,

coordenado por Jô Benetton, terapeuta ocupacional pioneira na iniciativa do que eu entendia ser naquele momento alguma forma de continuar estudando<sup>1</sup> de forma mais amparada. Essa forma era o embrião do que veio a ser o Curso de Especialização do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO), do qual me orgulho muito de ser uma "das especializadas", em sua primeira turma. Essa "trilha"<sup>2</sup> foi (e continua sendo) construída por muitos anos através do convívio com outras colegas tão ávidas de entender melhor o porquê, o como, o para quem e o que estávamos fazendo. Era uma prática de T.O. respaldada em um determinado modelo teórico. Foi riquíssimo, e me ajudou principalmente quando me mudei da capital para Botucatu. A distância, a falta de outras T.Os. para trocar e dialogar e principalmente o desafio de implantar um primeiro serviço de terapia ocupacional na cidade foram os consolidadores de que realmente, dessa vez, eu tinha a certeza de ter feito a escolha certa em termos de área de especialidade.

Mais uma vez pude me beneficiar de um momento ímpar da política de saúde mental. Era a época da implantação dos Convênios com as Faculdades de Medicina que tinham como proposta a criação de novos modelos de intervenção através do trabalho em equipe.

Os cinco anos de permanência junto ao Departamento de Neurologia e Psiquiatria me proporcionaram a valiosa experiência do trabalho multiprofissional, além

---

<sup>1</sup> É provável que tenha se originado neste momento o meu interesse pelas diversas possibilidades de realizar estudos "após a graduação".

<sup>2</sup> Permito-me fazer uso do termo cunhado por Jô na terapia ocupacional, como uma forma de homenagem afetiva.

de consolidar as experiências como supervisora de alunos (timidamente iniciadas no Pinel) e profissionais de terapia ocupacional e o exercício das minha primeiras atividades didáticas formais, junto a internos e residentes do curso de medicina. O respeito pelo meu papel profissional e o acreditar nas concretas possibilidades de intervenção da terapia ocupacional devo a José Manoel Bertolote e a todos do grupo "mais antigo" que conosco dividiram um convívio profissional e pessoal harmonioso pautado pela crença de que juntos faríamos um grande trabalho. A possibilidade de "experimentar" formas de trabalhos grupais, co-terapias, reuniões clínicas, seminários, aliados à oportunidade de realizar mais uma forma de "educação continuada"<sup>3</sup> através de um estágio de especialização no Canadá, consolidaram o interesse quase que exclusivo pela psiquiatria e saúde mental.

Provavelmente foi lá em Botucatu, através dessas atividades, que tenha se aguçado o meu interesse em saber por que alguns gostam tanto e outros nem tanto dessa área. Pelo menos, durante quatro anos, pude conviver muito proximamente com os residentes e internos da psiquiatria através de participação dos mesmos nos grupos de terapia ocupacional, sessões de psicodrama e workshops, com os dilemas e dúvidas dos futuros profissionais quanto à escolha acertada de uma área de especialidade.

Ao final desse período de intensas vivências de aprendizagem e possibilidades de crescimento e autonomia profissional, fui convidada a me candidatar a uma vaga de docente em um curso de graduação de T.O. recém-criado em São Carlos. Cheguei a vacilar (e Malu guarda as "provas" até hoje) e a me perguntar: Estaria eu mudando de

---

<sup>3</sup> Uma década depois, elaborei teoricamente estas diversas experiências acumuladas, HAHN (1990).

área de especialidade? Ir para o ensino de terapia ocupacional significaria o abandono da área clínica, ou esta possibilidade seria conciliável?

Os últimos dezenove anos foram dedicados a todas as funções que eu acredito serem esperadas de um professor universitário na área de saúde, provaram e aprovaram esta conciliação.

O ensino de graduação, através de disciplinas da área profissionalizante, no meu caso em específico era quase que exclusivamente centrado nas matérias correlatas à minha área de especialidade clínica. A cada turma de alunos de T.O. que passava, a questão do gostar ou não da psiquiatria, principalmente em se tratando de situações de visitas institucionais ou estágios, colocava-se tanto para o presente como para o futuro destes profissionais. Em que área você pretende trabalhar e/ou se especializar? Por quê? As dúvidas, dilemas e angústias dos estudantes de medicina persistiam na terapia ocupacional e se repetiam e com isto a minha curiosidade e interesse pelo tema aumentavam.

A minha capacitação profissional, agora docente, continuou através de um programa de aprimoramento em terapia ocupacional psiquiátrica (oportunidade auto-criada e executada), no "Institute of Psychiatry-The Maudsley Hospital", em Londres, por um ano, onde tive a possibilidade de universalizar minha inquietação sobre esta problemática. A convivência e atuação com estudantes e profissionais de vários cursos

de T.O. na Grã-Bretanha, foram os embriões das minhas questões a serem pesquisadas tanto do mestrado<sup>4</sup> como no doutorado.

Neste ponto da apresentação me percebo “sujeito” do meu objeto de estudo, após a auto-aplicação de meu próprio roteiro de entrevista. A análise das minhas respostas leva diretamente aos pressupostos que nortearam esta pesquisa. Os fatores pessoais e motivacionais, acrescidos das fortes e marcantes experiências dos estágios em que pude ter “bons e adequados” modelos para que eu construísse a minha própria identidade como profissional precisavam ser melhor compreendidos e discutidos para se aprofundar a questão sobre o que leva um terapeuta ocupacional a escolher uma determinada área de especialidade.

O presente trabalho se propôs ao estudo dos fatores que influenciam e determinam a opção de escolha de uma área de especialidade na carreira do terapeuta ocupacional. Foi nosso interesse compreender como o recém-formado determina a sua preferência, particularmente na área de psiquiatria e saúde mental.

Para alcançarmos este intento realizamos uma pesquisa bibliográfica, que está no segundo capítulo desta tese, sobre os assuntos relacionados ao nosso objeto de estudo, a saber: revisão histórica (últimos trinta anos) da literatura específica em terapia ocupacional, enfocando principalmente as questões especialização e identidade na carreira a seguir, e sua possível influência na construção do papel profissional. Os

---

<sup>4</sup> A dissertação de mestrado teve como objeto de estudo a saúde mental de estudantes universitários, conforme referência bibliográfica HAHN (1994a).

aspectos ligados à escolha da área de especialidade clínica, psiquiatria e saúde mental foram confrontados com os existentes na carreira de medicina, bem como contextualizados nos momentos do desenvolvimento histórico e político da mesma, para subsidiar as questões relativas à capacitação de recursos humanos.

O detalhamento das questões mencionadas acima relativas às políticas e desenvolvimento da terapia ocupacional na área de psiquiatria e saúde mental foi feito sob duas vertentes e compõe o terceiro e quarto capítulos respectivamente. No terceiro discorreremos sobre a “crise” da área como um refluxo no mercado de trabalho tradicional dos terapeutas ocupacionais, as intervenções nas instituições fechadas, particularmente nos grandes hospitais psiquiátricos e o suposto despreparo técnico de ocupação dos novos espaços fora do contexto hospitalar, na comunidade. Foram utilizados os modelos canadense e norte-americano para ilustração desta crise.

Ao longo do capítulo quarto apresentamos um modelo nacional, utilizando o estado de São Paulo como referência para o detalhamento do desenvolvimento das políticas de saúde mental ao longo dos últimos cinquenta anos e a inserção da terapia ocupacional neste contexto, enquanto modalidade de tratamento. Também discutimos as diversas estratégias de ampliação e capacitação dos recursos humanos como um todo e esmiuçamos a relevante participação do terapeuta ocupacional nesta realidade.

No capítulo quinto descrevemos os pressupostos teóricos e os procedimentos metodológicos utilizados para a efetivação desta pesquisa. Traçamos considerações sobre as metodologias quantitativa e qualitativa, baseadas em inúmeros autores que possibilitaram a construção dos procedimentos específicos utilizados, tais como: a

elaboração de um roteiro para a realização de entrevistas a ser aplicado nos sujeitos, e a posterior forma de análise das mesmas.

Os sujeitos desta pesquisa foram terapeutas ocupacionais recém-formados que estavam vinculados formalmente a programas de especialização/aprimoramento no estado de São Paulo, durante o ano de 1997.

Um outro instrumento utilizado foi a coleta de dados retrospectivos a respeito dos Cursos de Aprimoramento e a respectiva análise documental dos mesmos de forma sincrônica em relação a quatro outras categorias profissionais afins na área de saúde e de forma diacrônica em relação à própria terapia ocupacional. A análise destes dados quantitativos são o conteúdo do sexto capítulo deste trabalho.

Para compor o sétimo capítulo, efetuamos uma análise dos perfis curriculares de cada um dos cursos de proveniência dos sujeitos, do desenvolvimento curricular na terapia ocupacional, e eventuais modelos de ensino/aprendizagem que foram relatados nas entrevistas. Estes dados foram confrontados com outros trabalhos de colegas brasileiros que também se debruçaram sobre este tema.

O capítulo oitavo é o mais detalhado pois trata da análise e discussão dos dados das trinta e duas entrevistas realizadas. Para fins destas análises inicialmente compilamos e categorizamos as respostas dadas, no formato de tabelas por pergunta realizada, sendo que estas se encontram ao final da tese sob a forma de Anexo. Após a compilação de todos os dados, procedemos à discussão dos mesmos realizando análises quantitativas comparativas entre si, quando pertinente, e as confrontamos com os eventuais achados correlatos na literatura. As respostas de caráter mais descritivo

tiveram uma análise qualitativa, e recorreremos aos elementos de “análise de discurso” ilustrados com exemplos literais dos entrevistados que na seqüência foram discutidos e comentados. Para concluir este capítulo procedemos ainda a uma análise específica de quatro entrevistas relativas aos sujeitos que por diferentes razões interromperam seus programas de aprimoramento, merecendo então considerações à parte sobre esta peculiaridade.

No último capítulo traçamos considerações finais sobre o trabalho realizado e confrontamos todos os dados e análises com os pressupostos iniciais. Também indicamos caminhos para a continuidade de pesquisas nesta direção e apontamos alguns possíveis novos desdobramentos que no futuro poderão servir de subsídios para aperfeiçoar o ensino de graduação e pós-graduação do terapeuta ocupacional. Com este trabalho esperamos ter contribuído para uma melhor compreensão de quem somos, como nos formamos e quais os caminhos que escolhemos para construir e consolidar nossa identidade profissional.

## REVISÃO DA LITERATURA

### *UM RECORTE DA HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL*

A profissão terapia ocupacional atualmente se confronta com alguns dilemas que afetam os aspectos relativos à sua identidade profissional neste final de século . O principal deles talvez seja a própria definição da profissão que foi se modificando e adaptando em consonância com modelos de saúde vigentes, bem como indo ao encontro dos aspectos de um bem-estar individual e coletivo dentro de uma concepção holística do homem inserido no seu meio social.

Alguns autores nacionais vêm discutindo, mais recentemente, essa questão sob diferentes ângulos. LIMA (1997), tem questionado a validade da própria definição de identidade profissional, e propõe uma discussão ampliada em torno do que constitui o campo profissional da terapia ocupacional. Refere-se ao processo histórico de fragmentação dos saberes que compõe nossa teoria e prática, que acaba se traduzindo, entre outras formas, na especialização. A autora ressalta o movimento que

uma parte da categoria profissional têm realizado no sentido da superação dessas dicotomias, e sugere que as áreas de conhecimento fronteiriças sejam incorporadas ao nosso pensar e agir, a exemplo do que fazemos, na maior parte das vezes, com a clientela que atendemos.

*“ Transitar pela fronteira, pela bordas, não é nenhum mistério para nós. Nossa população alvo é constituída fundamentalmente por sujeitos que habitam as margens da nossa organização social;... A questão aqui colocada é a de tentar, numa experiência de trânsito, num exercício transdisciplinar, construir nossas singularidades: nos perguntar pela marcas que constituíram nosso campo (marcas históricas produzidas nos encontros com os mais diversos saberes: psicológico, biológico, sociológico, estético); refletir sobre as questões que esses saberes nos remetem e as que podemos a eles enviar”, p.99.*

LANCMAN (1998), olhando para os aspectos do profissional que se torna docente em terapia ocupacional, e por força desta função deve capacitar-se formalmente através de cursos de pós-graduação “strito-senso” atribui a este fato grandes modificações na constituição de nossa identidade profissional. De acordo com a autora *“...a formação em outras áreas pode estar dificultando a criação de uma cultura comum e de uma identidade profissional, que nos leve a uma produção dirigida à constituição de linhas de pesquisa e a desenvolver nossa própria profissão...”, p.50.*

Estes dois exemplos são ilustrativos de como estão as inquietações com a questão da re-elaboração constante que fazemos sobre a identidade de nossa profissão. Aparentemente contraditórios em sua essência as reflexões das colegas, na verdade, se complementam na preocupação de como lidamos com os diversos saberes adquiridos ao longo do tempo e como os atualizamos em função das novas aprendizagens teóricas e vivências da prática cotidiana. Acreditamos que este exercício

reflexivo constante, é o que nos permite reafirmarmos ou refutarmos, se for o caso, de compreender melhor os diversas nuances que permeiam a nossa identidade.

Um outro aspecto polêmico ligado diretamente ao anterior refere-se às bases filosóficas e crenças sobre as quais a profissão está assentada que é o uso de atividades e ocupações enquanto instrumento terapêutico, partindo-se da premissa de que as mesmas são parte intrínseca da natureza dos seres humanos, sendo isto capaz de integrar os construtos teóricos e práticos da terapia ocupacional (VOGEL, 1991).

Entre os vários problemas em debate a profissão tem enfrentado e se confrontado com o da falta de unicidade e sua fragmentação nas chamadas áreas de especialidades, que vêm a ser grupos que se relacionam entre si a partir de um conjunto de determinados pressupostos técnicos, uma vez que há dificuldade de consenso quanto às bases do conhecimento e de suas práticas. O resultado disto, segundo GILLETTE & KIELHOFNER (1979), é a perda do reconhecimento da terapia ocupacional como uma profissão com identidade própria. Os mesmos autores afirmam que já existe uma suposição histórica de que *“especialização é uma realidade irreversível na terapia ocupacional”*(p.20), e que os terapeutas ocupacionais se encontram cada vez mais trabalhando em contextos que enfocam uma incapacidade ou deficiência específica, ou ainda com determinado grupo etário assim como são as organizações e os serviços de saúde sob o modelo médico que também é cada vez mais especializado.

O nível de preocupação com a questão da especialização no final da década de setenta era tão grande que a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)

---

constituiu um fórum específico de discussão sobre o assunto, em que DIASIO (1979) apontava que o surgimento da necessidade de especialização na terapia ocupacional era consequência de seu crescimento e evolução, entretanto a profissão deveria envidar esforços para a uniformização dos conceitos utilizados em sua prática, e ainda recomendava a não concessão de títulos de especialistas naquele momento uma vez que isto poderia fechar portas para a construção de um conhecimento integrador que deveria promover o alcance e a conjunção dos objetivos tanto dos generalistas quanto dos especialistas.

CLARK (1979), na qualidade de terapeuta ocupacional chefe de um hospital-escola onde diferentes tipos de pacientes eram atendidos, considerou, neste mesmo fórum, *“que a razão de estarmos nos especializando resultava da tendência natural de todos os terapeutas ocupacionais gravitarem em torno de um interesse particular, fosse este um processo de doença, alguma deficiência ou tipo de serviço”*(p.37). O mesmo autor ainda considerava que deveríamos nos ater ao modelo das especialidades médicas, pois isto garantiria os encaminhamentos à terapia ocupacional, o que em última instância, garantiria a sobrevivência da profissão.

FIDLER (1979) argumentou que se não houvesse uma base teórica substantiva na terapia ocupacional, a especialização se arriscaria apenas a um repertório de técnicas desenvolvidas a partir de um arrazoado e experiências de outras profissões, e por outro lado ponderou que estudos especializados contribuem para o conhecimento básico que poderia constituir a maturidade e consolidação da profissão. Treze anos mais tarde, a mesma autora discutindo o uso de agentes físicos em terapia ocupacional à semelhança dos fisioterapeutas, reiterou que a força e eficácia de uma profissão

estão embasadas na validade dos princípios fundamentais desta profissão e que na terapia ocupacional ainda há um longo caminho a ser percorrido até que o potencial dos parâmetros fundamentais sejam esgotados:

*“É verdadeiramente irônico que nós continuemos a desvalorizar a essência da terapia ocupacional, que nós brigamos para parecer mais com os outros do que com nós mesmos, enquanto todos estes outros estão descobrindo a eficácia da autêntica terapia ocupacional e lutando para tê-la” (FIDLER 1992, p. 567).*

A oferta de serviços em terapia ocupacional, que foi se modificando tanto ao longo dos últimos anos, principalmente em termos de atender à demanda extra-institucional, ou seja, fora do contexto exclusivamente hospitalar dentro de um modelo de atenção terciária e reabilitador, levou DUNN & RASK (1989) a identificar em quais novas e emergentes áreas de especialização estariam convivendo com as tradicionais. Estas especialidades seriam: *“gerontologia; reabilitação de mão; psiquiatria infantil; e ainda demandas de serviços específicos como atenção domiciliar; atendimento infantil nas escolas com orientação familiar; e por fim o desempenho do papel de administradores de serviços como um todo”*(p.43). As áreas identificadas, por estes autores, há uma década nos parecem bastante compatíveis com a atual realidade de trabalhos desenvolvidos pelos terapeutas ocupacionais no Brasil.

HEATER (1992) também questiona se este é o momento de mais especializações como, por exemplo, a subespecialização terapia de mão dentro da já especialidade deficiência física, ou se pelo contrário, este seria o momento de buscarmos a uniformidade no interior da profissão estabelecendo a terapia ocupacional como especializada em cuidados e promoção da saúde. Ainda segundo a autora a

terapia ocupacional atualmente está engajada em seu processo de profissionalização, devendo portanto se unir em torno de seu foco central e de sua unicidade que é ocupação/trabalho/atividades da vida diária/lazer, fundamentando isto através de pesquisas para que a mesma possa ser reconhecida e respeitada como única.

Um contraponto sobre esta questão é colocado por AHLSCHEDE (1992), ao acreditar que a unicidade da profissão reside exatamente no fato de não nos definirmos rigidamente por uma teoria única, mas ao contrário pela capacidade de retirar e combinar muitas das disciplinas de ciências e humanidades para chegar a uma compreensão intuitiva das aspirações e ocupações humanas.

Mais um outro dilema que certamente tem influência sobre nossa identidade profissional são as diferenças quanto ao tipo de formação profissional recebida, apesar de existirem mundialmente padrões mínimos para a elaboração de perfis curriculares, que acabam por determinar a percepção externa (clientela e profissionais) do status de nossa profissão (VOGEL, 1991; HAHN, 1990).

Na literatura atual sobre especialização e formação profissional recebida, são encontrados dados contraditórios em relação às diferentes percepções do papel do terapeuta ocupacional nas diversas áreas de especialização. SACHS & JARUS (1994) mencionam o trabalho de Lycett de 1991, que pesquisando profissionais terapeutas ocupacionais de três áreas de especialização distintas encontrou diferentes definições sobre a profissão, enquanto que VOGEL (1991) encontrou semelhanças ao analisar dados de 348 sujeitos divididos entre clínicos, docentes e ex-alunos de terapia ocupacional cursando pós-graduação. As questões colocadas pelo autor se referiam às

percepções que estes profissionais tinham do papel do terapeuta ocupacional em termos de atitudes, apesar de suas diferentes áreas de especialidade, tipo de atuação profissional e anos distintos na prática clínica. O principal dado encontrado foi a homogeneidade de atitudes entre os sujeitos e ainda indicativos de que, apesar da terapia ocupacional ter se tornado altamente especializada, *“a profissão não aparenta estar com riscos eminentes de fragmentação em grupos de frágeis especialidades técnicas”* (p.134).

Com relação ao ensino de conteúdos programáticos relativos à psiquiatria e saúde mental, e também de práticas e processos grupais, BARRIS & KIELHOFNER (1986) não encontraram nenhum padrão específico ao questionarem todos os terapeutas ocupacionais docentes responsáveis pelas disciplinas nestas áreas dos 53 cursos de T.O. existentes nos E.U.A. à época. Das 42 respostas recebidas, 34 foram utilizadas correspondendo a 64% da amostra inicial que indicou, entre outros dados, que 2/3 dos cursos de psicopatologia e processos grupais eram ministrados em disciplinas distintas de T.O. aplicadas à área em questão; 25% dos cursos ministravam todos os conteúdos juntos em uma única disciplina; mais da metade dos cursos se utilizava de professores convidados para ministrar as aulas de psicopatologia. As bases teóricas também obtiveram respostas bastante diferenciadas prevalecendo um ecletismo entre o modelo psicodinâmico e o de comportamento ocupacional sobre as demais referências, notando-se, entretanto, a preocupação em mostrar ao aluno todas as tendências e modelos que poderiam ser encontrados na prática clínica numa tentativa de não se criarem vieses no aluno de tal forma que ele pudesse optar qual orientação seguir. Segundo os autores isto é praticamente impossível, e exatamente aí

estaria a contradição entre as crenças dos educadores da área que acreditam ser necessária uma base teórica única para subsidiar a prática.

Os dois trabalhos minuciosos de CHRISTIE, JOYCE & MOELLER (1985) (a&b) referem-se à experiência do estágio profissional do ponto de vista de sua influência e impacto na preferência de escolha da especialidade. As autoras pesquisaram 65 locais de estágio distintos nos E.U.A, 188 terapeutas ocupacionais supervisores e 127 alunos de T.O. em estágios nas diversas especialidades. Ao compararem as possíveis influências nos diversos níveis de disciplinas (formação básica, pré-profissionalizante e profissionalizante), o principal dado encontrado foi que a experiência do estágio profissional é o maior determinante para a escolha ou não de determinada área para o futuro desenvolvimento profissional, e o fator que mais influência exerce é o do modelo de supervisor. A área de psiquiatria foi a que mais recebeu comentários negativos do ponto de vista de conteúdo programático, o que acaba por determinar a não escolha da mesma pelo fato de o aluno se sentir insuficientemente preparado. As autoras chegam a sugerir que se realizem estudos para averiguar se realmente esta área específica tem alguma peculiaridade, como por exemplo exigir do aluno um nível de maturidade maior, ou ainda, se faz parte da natureza humana a dificuldade de lidar com os aspectos do domínio afetivo.

Em revistas especializadas de terapia ocupacional norte-americanas encontramos algumas referências sobre a escolha de especialidades em terapia ocupacional. BROLLIER (1970) já tentava identificar características de personalidade entre terapeutas ocupacionais (T.Os.) de área física, de psiquiatria, fisioterapeutas e assistentes sociais (A.Ss.), encontrando semelhanças entre T.Os. psiquiátricas e A.Ss.

nos itens de autonomia e dominação, e diferenças entre os outros dois grupos nos itens deferência e ordem. Nos itens realização, compreensão e maternagem não houve diferenças entre os quatro grupos estudados. Os instrumentos utilizados pela autora foram: "Edwards Personal Preference Schedule" que mensura quinze variáveis diferentes de personalidade; um questionário autobiográfico e um teste de estilo cognitivo. ENGLISH & cols. (1982) pontuaram a especificidade do papel do terapeuta ocupacional nas deficiências físicas; MICKAN (1995), na Inglaterra, apontou a necessidade de preparação especial através de estágios muito bem direcionados para aqueles que pretendem trabalhar na área de pediatria.

Na literatura nacional específica de terapia ocupacional, pesquisada ao longo dos últimos 25 anos não encontramos até a presente data nenhum trabalho que reflita e/ou discuta a questão das opções de especialidades seja ao longo do curso de graduação ou após a conclusão do mesmo. A dissertação de mestrado da terapeuta ocupacional ALAHMAR (1995), embora verse sobre o conjunto de representações, idéias e concepções de residentes e aprimorandos recém-formados na área de saúde como um todo, estando aí incluído um pequeno universo de três terapeutas ocupacionais, não discute esta questão à luz da escolha de áreas de especialidades.

---

*ESCOLHA DE ÁREAS DE ESPECIALIDADE: PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL*

– pré-conceitos, conceitos e preconceitos –

Quanto à escolha de especialidade na área de saúde mental e psiquiatria vários trabalhos sobre estudantes de medicina foram encontrados. Destacamos o de EAGLE & MARCOS (1980) que revisaram a literatura e sistematizaram os fatores que influenciavam a escolha da área, caracterizando os alunos no seguinte perfil: “...solteiros; procedentes de grandes áreas metropolitanas; desinteressados por religião; politicamente liberais; interessados em idéias humanitárias, filosóficas, estéticas, e psicológicas; com baixa capacidade para o autoritarismo e alta capacidade para tolerar a ambigüidade ...” (p.423). CROWDER & HOLLENDER (1981) tentaram identificar que aspectos críticos levavam os alunos a escolher a especialidade ou não. Os dados revelaram que o internato em psiquiatria, realizado ao longo do curso médico, com um bom modelo de preceptor clínico é fator dos mais determinantes para a escolha futura, em contraste com o modelo de preceptores que emitem qualquer tipo de preconceito contra a especialidade a ser escolhida. Corroboram este dado sobre o impacto significativo de um modelo, os trabalhos de GERBER (1982) e de SHELLEY & WEBB (1986) que por sua vez, junto com WEISSMAN & BASHOOK (1991), identificaram uma maior porcentagem de mulheres psiquiatras, o que acabaria influenciando estudantes do sexo feminino.

Um outro fator é o contato pessoal próximo com pacientes, seja através de uma experiência com algum familiar comprometido por problemas emocionais ou

psiquiátricos, ou algum trabalho pré-profissional, e o sentimento de poder oferecer ajuda através do mesmo (CAMERON & PERSAD, 1984; ZIMNY & SATA, 1986 ).

Um estudo multicultural abrangendo estudantes de medicina e médicos em três locais com etnias bastante diversas como Canadá, Hong Kong, e Nova Zelândia, foi realizado por NEY, TAM & MAURICE (1990). Nele se identificaram os aspectos positivos e negativos comuns que afetavam o interesse dos sujeitos pesquisados pela psiquiatria. Os fatores considerados positivos foram: interesse no comportamento humano, atitude pessoal, e qualidade nos cuidados dispensados aos pacientes. Os aspectos identificados como negativos foram: o stress da prática psiquiátrica, a atitude do corpo docente e a qualidade da ciência. Quanto a este último aspecto SCHER, CARLINE & MURRAY (1983) chegaram a conclusões bastante semelhantes em amostra menos ampla nos Estados Unidos, apontando o baixo status e prestígio que esta opção representa frente às outras especialidades médicas.

Outros pesquisadores também se debruçaram sobre a temática considerando-a sob diferentes ângulos como FADEM & cols.(1984), que traçaram um perfil dos estudantes de medicina em termos de escolhas futuras de áreas de especialidade a partir das notas obtidas nos históricos escolares, não chegando a resultados conclusivos. Na terapia ocupacional há uma pesquisa semelhante onde CUSICK, DEMATTIA & DOYLE, (1993), discutem quais fatores poderiam influenciar o aluno de graduação em uma futura escolha de prática profissional na área de psiquiatria. GRANET & COOPER (1990), acompanharam o processo de escolha de um grupo de residentes da psiquiatria por alguns anos após o término da especialização, e

concluíram que a maioria dos médicos se ateu a prática clínica e/ou de ensino na mesma área.

Em um trabalho nacional que discute os aspectos psicológicos ligados à formação médica no Brasil, MILLAN & cols.(1991) apontam que:

*"É importante observar que os cursos mais bem ministrados (do ponto de vista dos alunos) exercem forte influência na escolha da especialidade. Vemos, também, que a gama de escolha é tão grande que freqüentemente o aluno se sente confuso, revivendo angústias que se reportam ao segundo grau, época em que realizou a sua escolha profissional propriamente dita" (p.141).*

WITTMAN & cols.(1989) discutem as variáveis que afetam a escolha de especialidade na terapia ocupacional na área de saúde mental, utilizando como amostra 418 terapeutas ocupacionais formados por distintas escolas americanas em 1986. Suas conclusões indicaram que aproximadamente 13% escolheram a referida área ao entrarem no curso, e cerca de 12% a selecionaram como área de trabalho atual, o que denotou consistência na escolha.

HAIMAN (1990) afirmava que era chegada a hora do reconhecimento de quais fatores levam um indivíduo a escolher a terapia ocupacional como carreira e a saúde mental como área de especialidade, e que se esta escolha fosse muito precoce isto poderia levar a uma fragmentação da profissão e de sua visão do homem.

As especificidades do lidar com o doente e a doença mental é revestida há longa data de pré-concepções e equívocos que aparecem tanto na literatura leiga quanto na especializada, o que por algumas vezes faz com que estudantes e profissionais da área da saúde como um todo se afastem desta especialidade.

As peculiaridades que supostamente fazem parte das características específicas dos terapeutas ocupacionais que trabalham na área de psiquiatria e saúde mental são aquelas que preconizam uma prática totalmente eclética tanto em termos de valores quanto no uso de atividades. Este ecletismo levou a um sentimento de que a prática clínica nesta especialidade é nebulosa e pouco diferenciada das práticas comuns a outros profissionais de saúde, e esta poderia ser uma das causas da evasão de profissionais dos empregos nesta área como tem sido relatado, tanto na literatura de terapia ocupacional, quanto em revistas médicas especializadas (HAIMAN,1990; SCOTT,1990; PRICE,1993; SIERLES & TAYLOR, 1995).

Ao realizar um trabalho de dinâmica grupal com o objetivo de auxiliar o desenvolvimento profissional de alunos de último ano do curso de terapia ocupacional em Tacoma - E.U.A, COMTE & WAGGONER (1970) encontraram uma dificuldade explícita no seu andamento, relacionado com as percepções dos alunos sobre a efetividade ou não da terapia ocupacional em psiquiatria. HUNT & cols.(1984) sugerem que a psiquiatria é vista pelos residentes de medicina e pelo corpo docente não psiquiátrico *“como negativa, por sua imprecisão, falta de cientificidade e que acaba sendo escolhida por estudantes que são pensadores confusos”* (p.895). Ainda afirmam que os psiquiatras questionam sua imagem, identidade e status entre as outras especialidades médicas. O referido baixo prestígio da área também é apontado por FALK-KESSLER & RUOPP (1993), na terapia ocupacional, sendo atribuído a este fato, entre outros, a “crise”<sup>1</sup> dos profissionais na área.

---

<sup>1</sup> A referida “crise” será discutida mais detalhadamente no próximo capítulo.

Em 1980, por ocasião do lançamento da primeira publicação específica de terapia ocupacional em saúde mental, o editorial do *“Occupational Therapy in Mental Health”* pontuava a necessidade de um esclarecimento efetivo das possibilidades que a terapia ocupacional possui para a atuação nesta área. Tal esclarecimento só se daria *“se o enfoque fosse concentrado em uma prática embasada teoricamente, demonstrando nossa eficácia através de pesquisas que definirão nosso corpo de conhecimento teórico e de suas bases filosóficas”* (DIASIO 1980, p.3).

Segundo SCOTT (1994), tentar atrair os recém-formados em terapia ocupacional para trabalhar na área de saúde mental é um desafio que se coloca para a categoria profissional mundialmente, e que este esforço deve ser concentrado na formação educacional. Entre as suas sugestões de como realizar isto encontramos: promover a área de trabalho em psiquiatria e saúde mental como estimulante, viável e gratificante, desmistificando e trabalhando com todos os possíveis *“choques de realidade”*(p.117).

Inúmeros outros autores vêm discutindo a questão de escolhas de áreas de especialidade, como por exemplo FIDLER (1990) e FOTO (1996) que apontam as dificuldades que os terapeutas ocupacionais recém formados ou não têm tido quanto à escolha e/ou mudança de áreas. Atribuem estas dificuldades à rápida expansão da profissão em novas áreas de atuação, novas possibilidades tecnológicas e de abertura de outros mercados de trabalho e principalmente às profundas mudanças que o sistemas de saúde vêm sofrendo. Embora as autoras se reportem à realidade norte-americana parte dessas reflexões são compatíveis com nossa realidade brasileira, particularmente àquelas que dizem respeito às modificações e ampliações no campo

das políticas de saúde, como analisado mais detalhadamente no capítulo quarto deste trabalho.

Embora haja mais autores que têm refletido sobre os diversos ângulos das questões aqui levantadas, esses aqui selecionadas não pretendem de forma alguma esgotar o assunto. Algumas das ponderações descritas puderam ser consideradas válidas para nossa realidade e serão retomadas ao longo dos próximos capítulos do presente trabalho, uma vez que estas referências foram confrontadas com a análise documental e empírica que efetuamos.

## **POLÍTICAS E DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL: A “CRISE” DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

### *OS EXEMPLOS DOS ESTADOS UNIDOS E CANADÁ*

Enquanto o debate sobre a questão da especialização se mantinha aceso na área de psiquiatria e saúde mental ao longo das décadas 70-80 e 90, uma outra preocupação começava a se destacar na mesma área por volta da segunda metade dos anos oitenta. Era o início da chamada crise de mercado profissional nesta especialidade. Este fenômeno vem sendo registrado como sendo um fator preocupante por terapeutas ocupacionais norte-americanos e canadenses não se tendo até o momento estudo ou registro semelhante do mesmo acontecimento aqui no Brasil.

BONDER (1987) foi uma das primeiras terapeutas ocupacionais a discorrer sobre a suposta crise na área até então localizada nos E.U.A. Segundo a autora, embora a profissão como um todo estivesse crescendo nas diversas áreas de especialidades bem como o mercado de trabalho se expandindo, o mesmo não estaria ocorrendo em igual proporção na área de psiquiatria e saúde mental. Isto poderia ser atribuído a alguns

fatores tais como: as mudanças na política e no sistema de atenção à saúde com a crescente prática de desinstitucionalização, um enfoque maior na relação custo/eficácia de prestação de serviços, a falta de um delineamento preciso do papel do terapeuta ocupacional na área e o conseqüente aumento de competição com outros profissionais. Por outro lado, ponderava que a crise deveria ser geradora de novas oportunidades, para que os terapeutas ocupacionais expandissem suas formas de atuação para além dos cuidados dispensados aos pacientes internados indo em direção aos centros comunitários. Uma possível explicação para este tipo de análise da autora, seja talvez a relação com a "Lei Kennedy" de 1963, que promulgava o enfoque na Psiquiatria Comunitária, a exemplo do que já vinha ocorrendo na Inglaterra, cujo refluxo começou a ser percebido nos anos oitenta.

Um dos trabalhos de maior importância sobre este mesmo tema é o realizado por EZERSKY & cols.(1989) que, a partir dos dados da AOTA, constataram que estava havendo um decréscimo de profissionais na área de saúde mental e psiquiatria, e pesquisaram os principais fatores que estariam afetando a escolha da especialidade. Os resultados de sua amostra de questionários enviados a 733 terapeutas ocupacionais formadas por oito cursos distintos entre 1981 e 1984 indicaram que 43,4% se especializaram em deficiências físicas, 25,5% em pediatria, 13,2% em saúde mental, 10,5% em geriatria e 7,4% em distúrbios do desenvolvimento e outras áreas. As três principais razões para a escolha da especialidade foram: a experiência de estágio profissionalizante bem sucedido, o sentimento de ser eficaz e a disponibilidade de emprego. As razões secundárias foram a consistência dos valores pessoais com a especialidade escolhida, ênfases curriculares e salários.

Na mesma linha de preocupação em relação ao declínio de aproximadamente 10% dos profissionais na área de saúde mental e psiquiatria entre 1973 e 1986, ATWATER & DAVIS (1990) averiguaram se a experiência do estágio profissional na área realizado à época da graduação estava sendo utilizada ou não na prática clínica de 152 terapeutas ocupacionais formados até cinco anos. Seus dados indicaram mais da metade dos sujeitos trabalhando com disfunções físicas, apenas 8,6% em disfunções psicossociais e ainda que 55,2% dos T.Os sentiram-se influenciados pelo estágio em psiquiatria, sendo que deste total 53,1% relataram esta influência como sendo positiva. O mais relevante entretanto foi o fato de que 75,9% dos pesquisados relataram que a aprendizagem de como lidar com os próprios sentimentos e as emoções do paciente foi o aspecto mais valioso do estágio e que também as experiências de trabalhos grupais são utilizadas nas suas respectivas práticas clínicas independente da especialidade. A partir destes dados as autoras sugerem não só a manutenção, como um incremento dos aspectos educacionais nos estágios como uma forma de aumentar a motivação e o interesse dos futuros profissionais pela área.

Pouco tempo depois o mesmo assunto passa a ser questionado e discutido por profissionais no Canadá. RENWICK & cols.(1990) relatam que, ao menos para a região metropolitana de Toronto, isto não se aplicava uma vez que as pesquisadoras haviam coletado dados relativos a 516 lugares de possível atuação de terapeutas ocupacionais não encontrando diferenças significativas em relação a postos ocupados ou vagos nas áreas de disfunções físicas ou psicossociais. Entretanto, concluem apontando como uma percepção negativa o índice de vagas na especialidade que

estaria sendo retratado na literatura, o que poderia não ser uma influência benéfica para os terapeutas ocupacionais que desejassem trabalhar na área.

No ano anterior, embora sem realizar trabalho de campo, BRINTNELL (1989) havia refletido sobre a questão, publicando um artigo intitulado "Terapia Ocupacional em Saúde Mental: Uma Indústria em Crescimento", em que considerava a necessidade de ênfase no aspecto educacional de tal forma que a teoria e a prática curricular não diminuíssem e que servissem de incentivo para atrair os recém-graduados para trabalhar na área.

FRIEDLAND & RENWICK (1993), continuando estudos realizados anteriormente, mantêm a postura otimista com relação à situação dos terapeutas ocupacionais na área, utilizando dados da Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) de 1990 que indicam 26,4% de profissionais trabalhando em saúde mental. Ressaltam a necessidade de se caminhar em direção às novas perspectivas de demandas desta clientela em termos de prevenção e promoção de saúde, utilizando um modelo holístico expandido, que seria a não dicotomia de nossas áreas de prática profissional.

Entretanto, KLEINMAN (1992) afirma que a saúde mental enquanto área de especialidade em terapia ocupacional está em dificuldades e que, de acordo com os dados da AOTA de 1990, o número de profissionais trabalhando com diagnósticos psiquiátricos caiu de 16% para 11,8%, embora o número de pessoas que necessitam dos serviços tenha aumentado. Utilizou-se para isso do exemplo da crescente demanda dentro do modelo de reabilitação psicossocial. Esta preocupação ainda encontra ecos regionais no relato de TRICKEY & KENNEDY (1995), ao afirmarem que na Carolina do

Norte apenas 2% dos terapeutas ocupacionais daquele estado trabalham em saúde mental. A repercussão destas lacunas tem influência direta sobre a falta de locais de estágio para os estudantes de terapia ocupacional, o que indiretamente agravaria mais ainda a situação das possibilidades de atuação nesta área.

Este fato tem levado, mais recentemente, vários autores a refletirem e apresentarem alternativas de estágios tais como priorizar a questão da saúde mental em outras patologias que não as psiquiátricas, o que tradicionalmente não era feito, como, por exemplo, em traumatismos cranianos e/ou grupos de dor, ou ainda propor grupos de estagiários supervisionados por diferentes profissionais, de tal modo suprir a falta dos terapeutas ocupacionais na área (EBB & HAIMAN,1990, HENGEL & ROMEU,1995, KAUTZMANN,1995 ).

Um outro conjunto de autores (FINE,1987&1990, HARRIES,1998, e REBEIRO,1998) têm se preocupado em valorizar e priorizar a atuação e pesquisas dos terapeutas ocupacionais na área, denominando-a cada vez mais de terapia ocupacional psicossocial ou de saúde mental comunitária, talvez como forma de torná-la menos estigmatizada e pré-concebida na forma preconceituosa de antigamente. A nova terminologia, além de mais atrativa, evidentemente é revestida de formulações teórico-práticas modernas em consonância com os modelos de intervenção propostos nas duas últimas décadas.

MADDILL & BRINTNELL (1989) no Canadá e FIDLER (1997), nos Estados Unidos, propõem quais seriam os novos papéis a serem assumidos pela categoria profissional neste final de século, levando em conta a suposta "crise" específica da

área, além das mudanças ocorridas não só no interior da profissão como fora e ao redor da mesma, incorporando essas modificações nas considerações e formulações registradas.

O conjunto de trabalhos e reflexões apresentadas neste capítulo são ilustrativos do que eventualmente poderá acontecer com a terapia ocupacional na área de psiquiatria e saúde mental em outros países, incluindo-se o Brasil, embora até o presente momento a realidade nacional em termos de políticas de saúde não tenha mostrado nenhum indício de crises análogas, conforme as análises efetuadas no próximo capítulo.

## **POLÍTICAS, DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO**

A história do desenvolvimento da terapia ocupacional na área de psiquiatria e saúde mental no Brasil ainda não reflete a crise de retração do mercado de trabalho como em outros países, conforme discutido no capítulo anterior. Muito pelo contrário, revela um crescimento, particularmente no estado de São Paulo. Este fenômeno, por vezes desordenado, apenas reflete o que vem acontecendo na saúde como um todo, principalmente no que se refere à distribuição de recursos humanos nas diferentes regiões do país.

Este aumento de profissionais foi decorrente de dois fatores bem marcados. O primeiro se refere às mudanças ocorridas através dos diversos momentos históricos das políticas de saúde, particularmente das políticas de saúde mental, que geraram novas demandas de serviços e que, incluíam o terapeuta ocupacional que por consequência direta, também proporcionaram uma grande abertura de vagas no mercado de trabalho. O segundo diz respeito a um número maior de profissionais

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
 4. Políticas, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos na área de Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo

disponíveis para atender a tais demandas por causa do aumento constante do número de cursos de terapia ocupacional em todo o território brasileiro. Até o presente momento estas duas características diferenciadas não foram objeto de investigação detalhada e talvez a médio e longo prazo merecessem um estudo mais aprofundado.

Por outro lado observa-se um contínuo engajamento técnico e político por parte dos terapeutas ocupacionais quanto às questões dos direitos do doente mental e a sua desinstitucionalização. Conforme já descrito por esta pesquisadora (HAHN, 1994b), este desenvolvimento pode ser analisado por décadas e retrata a inclusão e participação crescente dos profissionais nos diversos momentos e modelos de atenção aos doentes mentais, conforme ilustrado de forma resumida no QUADRO 1 abaixo:

**QUADRO 1 - O Desenvolvimento dos Serviços Psiquiátricos e a Inserção da Terapia Ocupacional nos últimos cinquenta anos.**

DECADAS	DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS PSQUIÁTRICOS	INSERÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL
1950-1960	Macro-hospitais públicos	Trabalho profissional isolado
1960-1970	Macro-hospitais públicos e privados	Esforço multiprofissional
1970-1980	Macro hospitais públicos e privados Início dos ambulatórios públicos	Trabalho em equipes multi disciplinares
1980-1990	declínio do trabalho em macro hospitais aumento dos ambulatórios e hospitais dia públicos	Década privilegiada para os terapeutas ocupacionais, através do crescimento da oferta de vagas
1990-2000	Enfoque extra-hospitalar voltado para a atenção comunitária pública	Necessidade de adaptação à um novo modelo de atenção

Este quadro demonstra a correlação entre os períodos históricos mais marcantes do desenvolvimento da política de saúde mental no país, com o desenvolvimento e a conseqüente expansão de serviços de atenção à população doente mental, bem como a ampliação e inserção dos diversos profissionais nos mesmos.

Particularmente no estado de São Paulo este desenvolvimento foi mais rápido e constante. Segundo MAROTO (1991), desde 1964 a terapia ocupacional vivia a *“...contradição entre o “discurso oficial”- que defende a reinserção no meio social - e a sua prática majoritária efetiva que institucionalizava...”*(p.11). Ainda, de acordo com a autora, até o início dos anos oitenta foi a cidade de São Paulo o palco para o desenvolvimento e reconhecimento da profissão uma vez que neste local se concentravam as sedes das associações brasileira e paulista de terapia ocupacional.

No início da década de setenta, a Coordenadoria de Saúde Mental do estado de São Paulo tinha, entre as suas propostas de política de atuação, estágios remunerados para alunos de terapia ocupacional com o objetivo de criar motivação e mobilização para futuro envolvimento profissional na área. Quase à mesma época foram firmados convênios com vários hospitais-escola onde foram propostos trabalhos integrados com os diversos profissionais, incluindo-se terapeutas ocupacionais, para que propusessem novos modelos de atenção ao doente mental. Além disso entre 1972-1974 vigorou o “Acordo para a Execução de um Programa de Saúde Mental no Brasil”, firmado entre secretarias de Estado e Ministério da Saúde compreendendo diferentes etapas, dentre as quais destacamos a quarta: *“reorganização dos serviços sociais e de terapia ocupacional”*, e a oitava: *“adestramento de assistentes sociais e praxiterapistas psiquiátricos”*, (CERQUEIRA,1984, p.90). No mesmo livro o próprio autor define prioridades de recursos humanos na assistência psiquiátrica, colocando os terapeutas ocupacionais em quinto lugar dentre um total de doze membros distintos componentes de uma equipe multiprofissional. Ao final destes dez anos começam a surgir os primeiros movimentos de cunho mais político e humanista, contra os modelos

assistenciais tradicionais, que se concretizaram através de denúncias públicas (por exemplo as péssimas condições do Manicômio Judiciário) e com a organização dos movimentos da antipsiquiatria e o envolvimento dos trabalhadores de saúde mental junto a uma rede alternativa que já vinha tendo uma repercussão internacional. Isto estava acompanhando claramente o “processo de abertura” que estava acontecendo no país como, por exemplo, a anistia aos presos políticos e a possibilidade de uma pequena, porém maior, liberdade de expressão em relação aos quinze anos anteriores.

Os primeiros anos da década de oitenta foram marcados pela tentativa de equacionar as complexas questões do Conjunto Hospitalar do Juqueri, sendo instituída uma Comissão pela Secretaria de Estado da Saúde - Coordenadoria de Saúde Mental em 1984, para elaborar um diagnóstico e apontar sugestões para os graves problemas que o mesmo vinha enfrentando, tais como: grande concentração de pacientes; inadequação da estrutura organizacional e do quadro de pessoal e baixa eficiência no desempenho das atividades. Foram sugeridas propostas em três prazos distintos, das quais destacamos: Curto prazo, *“contratação de pessoal voltado para a humanização da assistência nas categorias previstas,...terapeutas ocupacionais,... auxiliares de laborterapia”*. Médio prazo, *“reforço à Política de Saúde Mental do Estado, no sentido de se implantar equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental....”* Longo prazo, *“implantação de programa de ressocialização do doente mental, baseado em alta precoce e em tratamento ambulatorial”* (fls. ii-iii). Do ponto de vista numérico estas propostas ampliavam as vagas de terapeutas ocupacionais de 19 (dezenove) para 35 (trinta e cinco), estando à época somente 04 (quatro) delas preenchidas. Com relação às vagas de auxiliares de laborterapia, estas aumentavam

de 98 (noventa e oito) para 300 (trezentas), sendo que naquele momento apenas havia 47 (quarenta e sete) em exercício (*Relatório Resolução SS Número 09,23/02/84*). Ainda como conseqüência desta reestruturação de racionalização dos macro-hospitais públicos o governo paulistano investiu e expandiu a rede hospitalar do interior do estado através da criação de inúmeros convênios com hospitais privados e/ou filantrópicos, o que gerou por um lado a diminuição dos leitos hospitalares da grande São Paulo e por outro o aumento do número de leitos em todo o interior.

A década de oitenta ainda se caracterizou principalmente pelo grande investimento na atenção ambulatorial, modernizando-se assim a cultura hospitalocêntrica em vigor até então, propondo-se apenas internações de curta permanência (FERRAZ,1984; FERRAZ & MORAIS,1985). Entre as inúmeras determinações que foram colocadas em prática, uma delas propunha que a intervenção junto ao doente mental, desde a sua recepção até o final do tratamento, não mais deveria ser executada exclusivamente pelo profissional médico, mas preferencialmente por uma equipe multiprofissional, composta por vários profissionais, sempre havendo um terapeuta ocupacional entre os demais técnicos. A atuação deveria ser de uma "equipe de saúde mental" para atuar em Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>1</sup> e Ambulatórios de Saúde Mental. São dessa mesma época a criação das propostas de procedimentos terapêuticos junto ao doente mental e seus familiares através dos programas denominados de "*intensidade máxima, média e menor intensidade*". Entre o

---

<sup>1</sup> Pela primeira vez dando atenção aos aspectos psicossociais dos diversos contingentes populacionais que freqüentavam as UBS, tipo gestantes, crianças, idosos, hansenianos, tuberculosos entre outros.

descrito como as *“novas atividades no ambulatório”*, encontrava-se a terapia ocupacional que deveria atuar prioritariamente com grupos, em consonância com as demais atividades dos outros profissionais (Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental-CSM, 1982-3).

No “Relatório de Avaliação-CSM, 1983-1985”, encontramos detalhes em pleno acordo com o exposto no parágrafo anterior, sobre cada uma das diretrizes propostas, suas estratégias de ação e quais objetivos foram atingidos. Dentre eles destacamos os referentes à *“implantação da Política de Recursos Humanos para assegurar o funcionamento de programas de Saúde Mental em todos os níveis assistenciais”*(p.5). Para a consecução desta diretriz, inúmeras ações foram realizadas tais como seminários e encontros regulares de estudo<sup>2</sup>, supervisões de serviços, cursos de aprimoramento pessoal, visando à melhor capacitação técnica dos profissionais já existentes assim como o treinamento dos que estavam sendo contratados. A política de contratações, através da realização de trinta e um concursos e processos seletivos públicos, beneficiou todos os profissionais de saúde que compunham equipes de saúde mental. Foram contratadas entre os anos de 1983 e 1985 trinta e cinco terapeutas ocupacionais, para prestarem serviços em ambulatórios de saúde mental e centros de saúde, tanto da capital quanto do interior do estado de São Paulo.

Foi ainda neste mesmo período que o número de terapeutas ocupacionais se iniciando no mercado profissional aumentou em torno de 200%, uma vez que os três

---

<sup>2</sup> Foi realizado em 1983 o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo com cerca de 1500 participantes, que teve grande repercussão política à época.

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
4. Políticas, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos na área de Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo

---

novos cursos de graduação no estado de São Paulo (Universidade Metodista de Piracicaba - Unimep<sup>3</sup>, Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCC e Universidade Federal de São Carlos - UFSCar) começavam a formar suas primeiras turmas. Segundo LOPES (1999), *"Naquele momento, (referindo-se a 1982), foi incorporada, pela primeira vez de forma relativamente abrangente, a terapia ocupacional como parte da política assistencial aos "doentes mentais" (p.414).* Esta década marca um momento importante em termos de política de ocupação de um espaço profissional até então bastante reduzido para a categoria dos terapeutas ocupacionais, particularmente na área de psiquiatria e saúde mental.

Até um pouco antes do final da década de 80 era ínfimo o número de terapeutas ocupacionais<sup>4</sup> na Secretária Municipal de Saúde (SMS), decorrente da ausência de uma política técnica e também administrativa de recursos humanos no município que privilegiasse intervenções que pudessem ser realizadas por estes profissionais, pois eles sequer constavam de seu quadro funcional. Entretanto, como consequência da diminuição dos leitos na capital por causa da interiorização dos mesmos, foi durante este período que a SMS passou a ter alguns serviços de saúde mental e prestar atendimentos de urgência para esta população, que logo depois se ampliaram e desdobraram em outros tipos de atendimento.

---

<sup>3</sup> Este curso foi fechado em 1984.

<sup>4</sup> Apenas três, contratados em outras funções e eventualmente atuantes como profissionais de terapia ocupacional, pois o cargo ainda não existia na SMS.

Em 1989 foi realizado um primeiro concurso público municipal para várias categorias profissionais, não médicas, da área da saúde (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e terapeutas ocupacionais), sendo que destes últimos, 188 profissionais se inscreveram, setenta foram aprovados e 45 assumiram suas funções no ano seguinte, trabalhando em diversas áreas clínicas distribuídas nas distintas regiões administrativas da cidade de São Paulo. Somente na área de saúde mental ao longo dos quatro anos (89/92) foram contratados cerca de 1600 profissionais ao todo (LOPES,1999).

Os anos noventa consolidaram todos os esforços investidos nos anos anteriores. O engajamento político da categoria profissional nas lutas antimanicomiais e pelos direitos à cidadania do doente mental, e também pelos direitos da pessoa portadora de deficiência fizeram com que os terapeutas ocupacionais cada vez mais atuassem em diferentes postos de trabalho que se abriam no mercado do serviço público. O “modelo e a forma” de atuação destes profissionais particularmente junto aos doentes mentais (psicóticos crônicos e agudos), advindos de experiências bem sucedidas no âmbito estadual<sup>5</sup>, acabaram sendo uma fonte inspiradora para que terapeutas ocupacionais, juntamente com os demais profissionais de saúde, elaborassem programas de intervenção na esfera municipal na gestão 89/92.

Decorrente de uma abrangente proposta de ampliação e suprimento de recursos humanos na área de saúde, o município de São Paulo, entre os anos 1990-1991, criou

---

<sup>5</sup> Embora algumas vezes criticado, haviam se acumulado técnicas bem articuladas e com bons resultados a partir das experiências nos ambulatórios da CSM.

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
4. Políticas, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos na área de Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo

---

em torno de 250 (duzentos e cinquenta) vagas para o provimento do cargo de terapeuta ocupacional em diversas áreas de especialidades e locais tradicionais (centros de reabilitação, hospitais gerais, ambulatórios de especialidades, hospitais-dia), como também em locais menos usuais até então, como por exemplo nos centros de referência de saúde do trabalhador, unidades básicas de saúde e centros de convivência.<sup>6</sup>

Este grande contingente de profissionais se envolveu nas novas propostas de atuação de forma bastante engajada, apesar das inúmeras dificuldades encontradas. A pouca experiência acumulada até então na assistência extra-hospitalar, nas intervenções que implicavam trabalhos de equipe para suprir demandas específicas, como por exemplo a “queixa escolar”, fizeram com que os terapeutas ocupacionais juntamente com os demais profissionais levassem um tempo maior para a efetiva implantação dos projetos e buscassem auxílio técnico sob a forma de supervisões, tanto clínicas como institucionais.

Paralelamente a todo este movimento de inserção profissional por parte dos terapeutas ocupacionais, ao longo dos últimos 25 anos, pode-se observar um outro aspecto relativo à conscientização da necessidade de busca de uma formação continuada. Isto ocorreu talvez por percepções concretas dos profissionais de carências

---

<sup>6</sup> A gestão municipal seguinte (93/96) contava em seu primeiro ano de governo com 126 terapeutas ocupacionais no seu quadro funcional (SMS,1993). Após este período não houve outro momento de contratações “em massa”, havendo ao contrário um decréscimo de terapeutas ocupacionais atuando em função da implantação do Plano de Atendimento à Saúde-PAS em 1996.

<sup>7</sup> Terminologia empregada por LOPES, 1999. Veja comentários sobre a questão no capítulo de análise das entrevistas.

ao longo da formação anterior ou por se depararem com situações de difícil manejo, ou ainda pelo “modismo” e à semelhança do modelo de supervisão nas práticas psicoterápicas e/ou institucionais (HAHN, 1987 & 1990).

Esta busca se caracterizou de duas diferentes maneiras: a primeira delas que chamaremos de “informal” foi a própria supervisão, que tanto podia se realizar por outros profissionais supervisionando a prática de terapeutas ocupacionais, como por um terapeuta ocupacional, geralmente mais experiente, supervisionando seus colegas de profissão. Este “modelo” de formação profissional complementar que por vezes incluía cursos sobre questões específicas iniciou-se timidamente nos anos setenta alcançando grande projeção na década seguinte e mantendo sua continuidade até os dias atuais. Tal fato pode ser atestado pela nossa própria experiência pessoal, com grande envolvimento e interesse nesta questão, de ter passado pela situação de ser supervisionada, ser supervisora, ter se submetido a uma habilitação específica para o desempenho desta última função, como também para estar apta para o oferecimento de cursos de formação de supervisores (HAHN, 1998).

A segunda foi a “formal” que se concretizou com o desenvolvimento de programas de aprimoramento, residências e/ou especializações oferecidos por Instituições de Saúde ou Educação que têm entre seus objetivos a formação contínua de profissionais. O exemplo mais abrangente e de maior impacto encontrado é o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), criado em 1979 e administrado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) do Governo do Estado de São Paulo.

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
4. Políticas, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos na área de Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo

---

*"(O PAP) ... é um programa de bolsas... que visa a formação dos profissionais de nível superior da área de saúde, através do treinamento em serviço em instituições renomadas, tais como os hospitais universitários e institutos de pesquisa, e voltado ao aprendizado dos aspectos práticos não contemplados nos cursos de graduação..." (FUNDAP/PAP,1996).*

Outros exemplos ainda podem ser mencionados: em 1981 criou-se o Curso de Especialização de Terapia Ocupacional em Psiquiatria, vinculado ao Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO), uma instituição particular que se propõe a capacitar terapeutas ocupacionais dentro de um determinado modelo teórico e que *"...até hoje, formou 50 terapeutas ocupacionais em Terapia Ocupacional e Saúde Mental"* (BENETTON,1994, p.53). Além disso foi iniciado em 1984 o programa de residência para terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas oferecido pela Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), na área de reabilitação física.

LOPES (1999), em sua pesquisa, entrevistou 17 terapeutas ocupacionais<sup>8</sup> graduadas em seis cursos distintos em anos anteriores a 1991, das quais treze (76,4%) eram provindas de escolas de terapia ocupacional do estado de São Paulo. De modo geral estas profissionais consideraram ter tido uma formação que lhes permitiu trabalhar com as populações a elas designadas. Entretanto entre as lacunas mencionadas uma delas se refere à falta de uma articulação maior entre a teoria e a prática, principalmente a vivência de situações de assistência concreta em serviços públicos. Entre as formas mencionadas por aqueles sujeitos para suprir parte destas lacunas foi encontrado:

---

<sup>8</sup> Contratadas pela SM de Saúde e trabalhando em uma única região administrativa (ARS-6) entre 1991 e 1995.

*“Todos os entrevistados... julgaram necessário, para o desenvolvimento da assistência prestada, diversas formas de pós-graduação – do estágio / residência na área escolhida para atuação à supervisão clínica e institucional, passando por cursos de aperfeiçoamento, especialização e reciclagem profissional” (p.449).*

É de nosso conhecimento que em alguns outros estados brasileiros também existem programas de capacitação, de um ou mais anos de duração, para terapeutas ocupacionais, reconhecidos publicamente, como por exemplo a “Residência no Hospital Sarah Kubitschek”, em Brasília e o “Estágio de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, no Rio Grande do Sul, e ainda outros no Rio de Janeiro e em Minas Gerais.

Paralelamente a estas buscas por um maior conhecimento por parte dos terapeutas ocupacionais, através das diversas modalidades citadas anteriormente, não podemos deixar de mencionar o início e crescente aumento da capacitação pós-graduada “strito-senso”, tanto em cursos de mestrado como doutorado que têm qualificado os colegas para outras duas áreas emergentes na profissão, o ensino e a pesquisa específicos em terapia ocupacional.

Todos os fatores aqui expostos têm influência direta no processo de capacitação dos profissionais recém-formados, o que poderá ser comprovado particularmente com os depoimentos nas entrevistas dos sujeitos desta pesquisa, corroborado ainda pelos dados da FUNDAP através da participação crescente dos terapeutas ocupacionais em seus programas de aprimoramento, descritos nos capítulos 6 e 8 deste trabalho.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### OBJETIVOS

Frente ao já apresentado e por não dispormos aqui no Brasil, até a presente data, de nenhuma pesquisa semelhante sobre a escolha e capacitação de terapeutas ocupacionais em nível de aprimoramento<sup>1</sup> por diferentes áreas de especialidades clínicas, e também por não haver, ainda, nenhum dado indicativo de que esteja ocorrendo qualquer tipo de crise de mercado de trabalho específica quanto à escolha nestas áreas, particularmente em psiquiatria e saúde mental<sup>2</sup>, o presente trabalho se propõe a este estudo. Como exposto anteriormente a escolha da área de psiquiatria e saúde mental não é aleatória e sim um reflexo do fato de ser uma das áreas de grande

---

<sup>1</sup> O termo aprimoramento aqui estará sendo utilizado de forma ampla significando qualquer um dos processos de pós-graduação "lato senso", como por exemplo especialização, residência e outros cursos de duração superior a 180 horas, realizado por profissionais.

<sup>2</sup> Conforme descrito na capítulo 3 específico sobre este assunto.

penetração na terapia ocupacional, sendo uma clássica área de atuação destes profissionais.

Para tanto será necessária a construção de uma metodologia própria para a investigação e análise das hipóteses formuladas, e também para poder verificar se existem semelhanças com os estudos relatados na literatura do exterior.

É objetivo desta pesquisa compreender a busca de opção por uma capacitação complementar específica em uma área de especialidade, particularmente, em psiquiatria e saúde mental por parte dos recém-formados em terapia ocupacional.

Entre as possíveis hipóteses pelas quais essa busca de opção pode ocorrer optamos pelas seguintes:

1. existe aparentemente o oferecimento de um número maior de oportunidades na área de saúde mental e psiquiatria, para se realizar cursos de aprimoramento, em relação às outras áreas de especialização, o que poderia determinar a escolha por uma formação pós-graduada "lato senso" e/ou trabalho nesta área específica.
2. a questão do ensino de graduação - a estruturação das disciplinas teóricas e/ou práticas e seus respectivos conteúdos programáticos na área de psiquiatria e saúde mental possuem algum tipo de característica que as tornam mais atrativas e/ou mobilizadoras de tal forma que o aluno se sinta influenciado por esta área no momento de fazer a opção por alguma especialidade. Em particular existe um aspecto amplamente discutido na literatura que é a influência dos estágios curriculares (práticas clínicas), sobre a decisão de escolha de área de especialidade

através da identificação com o “modelo” do supervisor, em estágios que geralmente ocorrem nos dois últimos anos do curso de graduação.

3. a motivação pessoal prévia ou concomitante, como por exemplo a influência de familiares e/ou conhecidos à época da entrada e ao longo do curso de terapia ocupacional, é determinante para a escolha de uma área de especialidade. Este processo motivacional pode eventualmente ocorrer de forma indireta, sendo desencadeado por fatores externos aos dois outros mencionados anteriormente.

Acreditamos que, se pudermos ir ao encontro das hipóteses acima formuladas, haverá a possibilidade de se refletir e propor modificações tanto no ensino de graduação bem como na educação continuada e formação dos terapeutas ocupacionais como um todo, o que poderá repercutir na atuação profissional a médio e longo prazo.

### *CAMPO DE AÇÃO E SEUS SUJEITOS*

O campo de ação desta pesquisa foi limitado ao estado de São Paulo uma vez que neste local se concentram muitas das variáveis a serem utilizadas, tais como:

- maior número de escolas de terapia ocupacional do país, ou seja, sete num universo de vinte e três em 1998<sup>3</sup>, assim subdivididas: duas públicas, uma federal, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e outra estadual, Universidade de

---

<sup>3</sup>Em 1996, época do exame de qualificação, havia 17 Cursos de Terapia Ocupacional, e em 1997, época da coleta de dados, já havia 20.

São Paulo (USP); uma confessional, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC) e quatro particulares, Faculdades Salesianas de Lins (LINS), Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), Universidade de Sorocaba (UNISO) e Universidade São Camilo (SÃO CAMILO)<sup>4</sup> representando quase que a totalidade de modalidades de instituições de ensino superior existentes;

- maior quantidade de oferta de cursos de especialização e/ou aprimoramento em todas as áreas em relação ao restante dos outros estados brasileiros que possuem programas semelhantes como por exemplo Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul entre outros;
- maior número de sujeitos concentrados numa determinada área geográfica (capital e interior do Estado).
- nossa experiência pessoal enquanto docente de terapia ocupacional acrescida da vivência cotidiana com alunos, estagiários e profissionais atuando clinicamente na área específica de psiquiatria e saúde mental.

A escolha de uma Instituição como a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAÇÃO) para o desenvolvimento da pesquisa foi feita devido à credibilidade e continuidade de seus programas de aperfeiçoamento e pelos aspectos descritos a seguir:

---

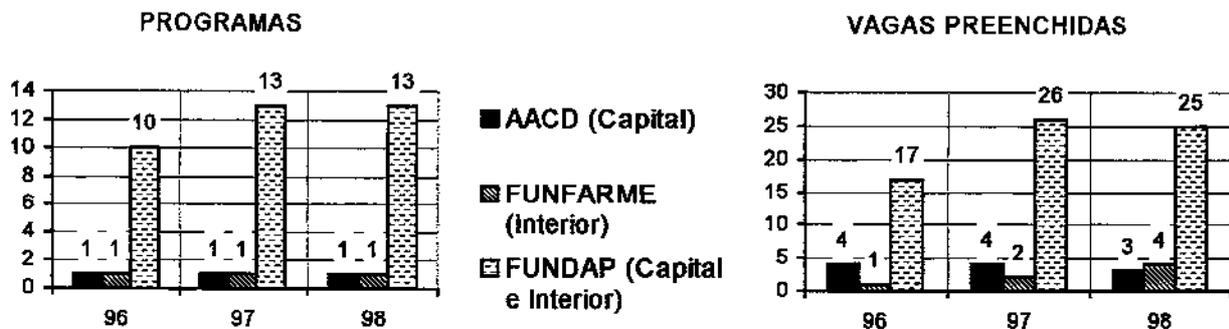
<sup>4</sup> As três últimas mencionadas por terem iniciado seus Cursos nos dois anos anteriores a 1998 ainda não formaram nenhum grupo de alunos, o que explica a ausência dos mesmos no universo de sujeitos pesquisados.

- por desenvolver programas públicos em consonância com a Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, e envolver Instituições de ensino superior, como Universidades públicas e privadas selecionadas por oferecer cursos de notável qualidade;
- por ter um processo de seleção de candidatos claramente definido;
- por abranger uma grande variedade de áreas clínicas;
- e ainda por estar distribuída em várias localidades no Estado.

Nesta pesquisa investigou-se um universo único de sujeitos constituído por todos os terapeutas ocupacionais bolsistas de programas de aprimoramento da FUNDAP tanto de 1º como de 2º ano ao longo de 1997 e ainda os que realizavam programas de residência e/ou especialização com características semelhantes ou iguais em instituições tradicionalmente conceituadas e reconhecidas, como Associação de Assistência à Criança Defeituosa ( AACD) e a Fundação Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME).

O Quadro 2 demonstra a quantidade de programas de aprimoramento oferecidos no contínuo de três anos (referentes aos anos da pesquisa), bem como o número de terapeutas ocupacionais que preencheram as vagas oferecidas nestes mesmos programas.

**QUADRO 2 - Distribuição de Bolsas de Aprimoramento para Terapeutas Ocupacionais nos anos de 1996 a 1998 no Estado de São Paulo**



Os trinta e dois sujeitos participantes da pesquisa eram na sua grande maioria (97%) recém-formados até 3 anos, realizando oficialmente, em 1997, o primeiro ou segundo ano de qualquer um dos programas de aprimoramento supracitados. Este conjunto de sujeitos pode ser dividido em dois subgrupos:

- 1-aprimorandos de Terapia Ocupacional em psiquiatria e saúde mental,
- 2-aprimorandos de Terapia Ocupacional em todas as outras áreas.

Também foram considerados os dados retrospectivos dos últimos 14 anos dos aprimorandos da FUNDAP em Terapia Ocupacional para se poder fazer um estudo longitudinal referente às áreas, instituições e programas, a fim de complementar dados de nossas hipóteses. Concomitante a este estudo foi realizado um detalhamento dos dados de quatro outras categorias profissionais também aprimorandos da FUNDAP em 1997, descritos no próximo capítulo, com a mesma finalidade.

Todos os anos a FUNDAP realiza um levantamento de vagas solicitadas, por instituição, a partir de alguns parâmetros de avaliação em relação ao aproveitamento dos Programas no ano anterior tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo,

como por exemplo procura inicial, preenchimento de vagas, cumprimento do programa estabelecido, desempenho dos aprimorandos e a efetiva conclusão do Programa. Estes fatores, após a devida análise, são determinantes para a manutenção, ampliação ou redução do número de vagas.

Um segundo aspecto considerado pela FUNDAP são as solicitações de abertura de programas novos dentro de instituições que já possuem algum Programa, ou ainda a adesão de uma nova instituição e seu respectivo programa. Estas solicitações são criteriosamente analisadas e avaliadas antes de serem autorizadas para seu funcionamento e posteriormente para a determinação do número de vagas.

Para o ano de 1997 em termos de Terapia Ocupacional o Quadro 3 a seguir mostra a previsão original de vagas em função dos fatores explicitados anteriormente. Este número de vagas previstas bem como sua distribuição geográfica é bastante superior ao do resumo apresentado no Quadro 2, relativo ao ano de 1996. Na previsão há um aumento de quase 80% em relação ao ano anterior. Como estes números tratam de previsões de vagas nem sempre a sua efetivação se comprovará com pode ser verificado no próprio Quadro 2, com os dados do ano de 1997. É necessário observar ainda que estes números não incluem eventuais terapeutas ocupacionais que estavam realizando o aprimoramento nos programas considerados multiprofissionais, como por exemplo o "CAPS Luiz Cerqueira", ou o "Centro de Referência de Saúde do Trabalhador" entre outros. Estes programas aceitam categorias distintas de profissionais de saúde, para os quais são abertas vagas em quantidades variáveis e modificáveis a cada ano.

**QUADRO 3 – Oferta preliminar de vagas de bolsas para Terapeutas Ocupacionais ano 1997 - Fundap**

INSTITUIÇÃO	PROGRAMA	TEMPO (ANOS)	BOLSAS SOLICITADAS		
			1º ANO	2º ANO	TOTAL
UNIFESP - EPM	T.O. em Saúde Mental	02	04	04	08
	Reumatologia para T.O.	01	02	---	02
PUCCAMP – Campinas	T.O. Infantil	01	03	---	03
	T.O. Adulto	01	02	---	02
	T.O. em Saúde Mental	01	02	---	02
UNICAMP – Campinas	T.O. em Reabilitação (D.V)	01	01	---	01
	T.O. em Pediatria*	01	02	---	02
	T.O. em Reabilitação Mão	01	04	---	04
UNESP Faculdade de Medicina Botucatu	T.O. em Reabilitação Física	02	01	---	01
	T.O. em Saúde Mental	01	02	---	02
FUNFARME São José do Rio Preto	Terapia Ocupacional	01	03	---	03
H.C. – Faculdade de Medicina USP São Paulo	T.O. em Genatna	01	03	---	03
	T.O. em Instituição Psiquiátrica*	01	04	---	04
H.C.-Fac. Medicina – Ribeirão Preto	T.O. em Psiquiatria	02	02	02	04
IAMSPE – HSPE – São Paulo	T.O. em Psiquiatria	01	04	---	04
	T.O. em Genatna	01	01	---	01
Inst. Lauro Sousa Lima – Bauru	T.O. em Dermatologia	01	01	---	01
SANTA CASA São Paulo	Terapia Ocupacional*	02	02	---	02
AACD – São Paulo	Reabilitação**	04	04	---	04

\*Programa novo

\*\* Pretende incorporação

Pode-se observar claramente que entre a previsão de oferta (realizada em meados de 1996) e a sua concretização em março de 1997 (Quadro 2), após a conclusão do processo seletivo, os números são bastante inferiores tanto em relação a Instituições e Programas, quanto ao número de vagas realmente preenchidas.

Algumas considerações podem explicar estas diferenças, os novos direcionamentos político-administrativos da FUNDAP por escassez de verbas do próprio

Estado, o conseqüente corte dos programas que não preencheram vagas no ano anterior (1996) e ainda programas novos que não foram aprovados e/ou incorporados.

## MÉTODO E INSTRUMENTOS

Do ponto de vista metodológico estaremos nos baseando em algumas reflexões e conceitos de diversos autores que parecem ser adequados à estruturação e desenvolvimento da presente proposta. Neste sentido utilizaremos a definição de metodologia apresentada por MINAYO (1992): *“Entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”* (p.22). A mesma autora ainda propõe uma compreensão sobre o desenvolvimento do processo metodológico, incluindo-se nele as abordagens teóricas utilizadas, o conjunto de técnicas empregadas para se alcançar os objetivos propostos e a possibilidade de criação do pesquisador.

De acordo com KAPLAN (1975), o aspecto de medidas nas ciências do comportamento criaram o que o autor denomina de *“místicas”* (p.211) de quantidade e de qualidade, que estariam sendo mal interpretadas quando colocadas em exclusão ou oposição uma à outra.

*“As quantidades são quantidades de qualidades e a qualidade medida tem apenas a grandeza expressa em sua medida. Em linguagem menos metafórica, diríamos que o fato de algo ser encarado como qualidade ou quantidade depende de como decidimos representá-lo em nosso simbolismo”* (p.212).

TRIVIÑOS (1990) também discorre sobre a dicotomia qualitativa e quantitativa reafirmando a idéia de que toda pesquisa pode conter os dois tipos de métodos tanto

---

para a investigação em si como para a sua análise de resultados e ainda relembra as origens da própria pesquisa qualitativa como advinda de um modelo estrutural funcionalista que por sua vez contém elementos do método quantitativo.

MINAYO (1992) compartilha da opinião dos autores supracitados quando aponta que a discussão que vem se travando sobre os métodos quantitativos e qualitativos tem sido *“inadequada”*, uma vez que esta dicotomia na prática da pesquisa pode deixar aspectos relevantes e essenciais de um dos métodos escolhidos em detrimento do outro. A autora propõe:

*“Ao se desenvolver uma proposta de investigação ou até mesmo no desenrolar das etapas de uma pesquisa, vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho”* (p.28).

Traçando o caminho histórico para responder a esta questão e propondo uma reflexão do positivismo aos estudos culturais, DENZIN & LINCOLN (1994) passam pelo marxismo, construtivismo e feminismo.

Outros autores ainda se posicionam quanto a esta polêmica, como por exemplo HAGUETTE (1995), que afirma que o método escolhido deve seguir a orientação básica do pesquisador em função do tipo de investigação a que se propõe, pois há métodos mais adequados para cada tipo de estudo: *“os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”* (p.63).

KVALE (1996) dedica algumas páginas de seu extenso livro a respeito de entrevistas na ciência e na prática, sobre o assunto e considera que qualidade se refere ao tipo e à característica essencial de alguma coisa, e que quantidade se refere a quanto, quão grande e de que tamanho é alguma coisa. Na seqüência se utiliza de uma série de exemplos de áreas consideradas, mais freqüentemente, como sendo ciências exatas tal qual a química e a geologia, e ainda das ciências naturais como a biologia, para explicitar a convivência e a interação dos dois métodos e acha que o mesmo ocorre na prática de uma pesquisa de cunho mais social. Ao concluir seus argumentos sobre este tópico o autor defende a opinião de que os métodos qualitativos e quantitativos são apenas ferramentas e como tal cada uma tem a sua utilidade, que se apresentará quando as questões a serem pesquisadas se colocarem pelos investigadores, que deverão saber usá-las de acordo com seus interesses e habilidades.<sup>5</sup>

Terapeutas ocupacionais também têm se debruçado mais profundamente sobre as questões metodológicas relativas às pesquisas qualitativas nestes últimos anos. Um exemplo destas reflexões podem ser encontradas nos artigos que compõem uma das edições de 1997 do "Occupational Therapy Journal of Research", inteiramente dedicado ao assunto - modelos de pesquisa qualitativa - tanto do ponto de vista teórico quanto de suas aplicações (CREPEAU; DICKIE; FRANK; HASSELKUS). As quatro autoras, cada uma com seu próprio estilo, traçam paralelos entre a prática clínica em terapia ocupacional, o exercício e a aplicação de atividades e o aspecto criativo envolvido

---

<sup>5</sup> Tradução e interpretação livres realizadas pela autora do livro Interviews de KVALE, S., 1996, capítulo 4, p.66-69.

---

neste processo com a forma de se pesquisar qualitativamente. Argumentam ainda a favor da existência de semelhanças deste modelo com as nossas ações de intervenção que são a forma com a qual estamos mais familiarizados.

VILLARES (1998) traça um panorama da última década, a partir de uma revisão na literatura de quatro revistas norte-americanas e canadenses da área, dos principais trabalhos de pesquisa realizados que se utilizaram da abordagem qualitativa. A autora classifica estes trabalhos em cinco grandes grupos:

*“1) aspectos conceituais e metodológicos de 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” (p.105).*

Através da semelhança da bibliografia consultada pela autora e para esta tese (LYONS, 1997; MOLL & COOK, 1997 e SACHS & LABOVITZ, 1994), pudemos constatar que segundo o agrupamento proposto nos enquadrámos entre os trabalhos do quarto e quinto grupo, com ênfase neste último.

Nesse sentido nossa proposta metodológica parece se adequar não somente aos pressupostos traçados por estes autores, mas também ao tipo de investigação que pretendíamos efetuar, na qual se fez necessário incorporar percepções pessoais dos sujeitos, tais como sentimentos que não são mensuráveis enquanto precisão numérica, embora se possa dar a estas percepções uma medida de qualidade, passível até de interpretações bastante dinâmicas. Assim para a interação com os sujeitos selecionados para a pesquisa optamos por uma ferramenta bastante utilizada no método qualitativo, um questionário semi-estruturado, que prevê a possibilidade do

conhecimento para além de uma listagem de dados, e também parte de uma relação entre o mundo real do sujeito e o objeto pesquisado. A realização de uma entrevista consolidou na prática este arcabouço teórico.

Por ser uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no campo das ciências humanas, optamos pela entrevista como instrumento de obtenção de informações dos sujeitos a serem pesquisados. Inúmeros autores discorrem sobre a técnica como sendo um dos instrumentos mais flexíveis e com múltiplas possibilidades de uso enquanto aplicação, sendo freqüentemente comparada a conversações cotidianas, eventualmente direcionada aos assuntos objeto da pesquisa e também pelas muitas possibilidades que oferece a posteriori quando de sua utilização através das análises das respostas (REUCHLIN,1971; BARDIN,1977; BLEGER,1980; LÜDKE & ANDRÉ,1986).

GIL (1991) compreende a entrevista como uma técnica na qual o investigador formula perguntas ao sujeito com o propósito de obtenção de dados específicos em relação a seu objeto de pesquisa, e ainda a considera enquanto uma técnica bastante adequada quando se trata de obter "*...informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem, ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes, (apud Selltiz et al., 1967, p.113)*". O mesmo autor pontua outras vantagens da entrevista tais como: oferecer flexibilidade no esclarecimento de perguntas e respostas; captar outras formas de resposta do entrevistado como por exemplo através da observação de sua expressão corporal; o fato de os dados obtidos serem passíveis de classificação e quantificação para depois se proceder a uma análise mais profunda dos mesmos. Por

---

outro lado também aponta uma série de limitações como por exemplo: falta de motivação do entrevistado; compreensão incorreta das perguntas; influência do papel de entrevistador; oferecimento de respostas não verdadeiras, entre outras.

Como se faz necessário levar em conta suas vantagens e limitações, reconhecemos como adequada a consideração de MEDEIROS (1994):

*“A entrevista, conduzida ou não de forma não-diretiva, é sempre uma técnica problemática, já que pressupõe uma situação de interação entre dois indivíduos e proporciona determinados tipos de comportamentos, respostas e interpretações, decorrentes de uma situação desigual entre entrevistado e entrevistador” (p.27).*

RUBIN & RUBIN (1995), ao abordarem o que denominam “entrevistas qualitativas”, enfatizam três aspectos. O primeiro se refere à compreensão cultural, e isto afeta o que é dito pelo entrevistado e pela escuta e compreensão do entrevistador; o segundo aspecto coloca o entrevistador como participante ativo e não como um indivíduo neutro na relação com o entrevistado; e o terceiro aspecto diz respeito a como as emoções e compreensões da cultura têm um impacto sobre ambos quando se tornam públicas. Os mesmos autores ainda classificam diversos tipos de entrevistas quanto às suas finalidades, como por exemplo a entrevista centrada em um tópico ou assunto, com a qual identificamos a modalidade utilizada no presente trabalho. Trata-se de um tipo de entrevista menos abrangente por um lado, sendo entretanto mais centrada em um evento ou processo específico e sempre preocupada em averiguar como, quando e por que o mesmo aconteceu. Estas entrevistas pressupõem um grupo de sujeitos precisamente definidos, e requerem do entrevistador a habilidade de selecionar e balancear o que os diferentes sujeitos responderam sobre o mesmo

assunto. Cabe ao pesquisador criar a sua própria narrativa ao analisar os conteúdos das mesmas.

Os pontos supracitados também são descritos e compartilhados por KVALE (1996), acrescidos dos aspectos éticos que estão envolvidos na situação de entrevista. O autor ainda aponta as várias formas pelas quais uma entrevista pode ser analisada e transformada em texto e ressalta a pluralidade de interpretações que podem ser atribuídas a cada resposta dos sujeitos até que se alcance a busca do real significado.

Frente ao exposto e tendo como base as ponderações dos diferentes autores, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Coleta de dados retrospectivos específicos sobre os Programas de Aprimoramento (PAPs) que possuíam terapeutas ocupacionais desde seu início até a data final da pesquisa em 1998;
2. Coleta de dados para estudos comparativos quantitativos relativos ao ano de 1997 de outras quatro categorias profissionais (fisioterapia, serviço social, psicologia e enfermagem) por serem mais próximas e semelhantes quanto à formação e capacitação, bem como por serem as profissões que mais comumente se aliam a terapia ocupacional para a composição de trabalhos em equipes multidisciplinares, inclusive nos próprios programas de aprimoramento;
3. Documentos de Informações dos Programas da FUNDAP (recadastramento 1994) e Folheto Informativo da AACD, 1996;

4. Currículos escolares dos cursos de graduação em terapia ocupacional para estudos comparativos dos respectivos conteúdos programáticos;
5. Entrevista com roteiro pré-definido, após aplicação para testagem do mesmo em um projeto-piloto.

Optamos por não trabalhar com dados de mercado de trabalho nesta pesquisa uma vez que a coleta destes dados retrospectivamente é quase impossível por falta de registros fidedignos. Porém os dados coletados foram analisados à luz das perspectivas do mercado atual.

Para a análise dos instrumentos 1-3 supracitados foram solicitados à FUNDAP os dados retrospectivos desde o início dos programas de aprimoramento em 1979 até 1998, sobre a participação, evolução e o desenvolvimento dos programas específicos que capacitam terapeutas ocupacionais, para um estudo diacrônico. O mesmo ocorreu em relação à coleta de dados das outras categorias profissionais mencionadas no item 2, relativos ao ano de 1997, para uma análise sincrônica. Também nos foi possibilitado o acesso a todos os conteúdos programáticos de cada um dos Programas, relativos às suas reestruturações no ano de 1994.<sup>6</sup>

Os currículos, em vigor à época, de cada um dos cursos de terapia ocupacional, de procedência dos sujeitos, foram analisados para verificação de discrepâncias e/ou congruências em termos de conteúdos programáticos, distribuição no perfil, carga-

---

<sup>6</sup> Nova reestruturação foi realizada em 1998 e sua análise está sendo concluída em 1999.

horária, para se avaliar, por exemplo, se currículos diferentes produzem resultados iguais na escolha de área de especialidade.

Para a construção e elaboração das perguntas da entrevista (instrumento 5) foi realizado um projeto piloto como pré-teste para a aplicação da proposta de roteiro de entrevista junto aos terapeutas ocupacionais dos programas de aprimoramento de Terapia Ocupacional em Saúde Mental, e de Reumatologia para Terapia Ocupacional, em 1996, na Escola Paulista de Medicina. A escolha desta Instituição para tal tarefa se deveu à credibilidade com que a mesma vem lidando e capacitando, há muitos anos, profissionais nos diversos campos da saúde. Os nove aprimorandos à época representaram uma amostra que incluía alunos de primeiro e segundo ano e de duas áreas de especialidade distintas. O “feed-back” destas entrevistas nos permitiria a re-elaboração do roteiro definitivo para a aplicação posterior no universo total de sujeitos.

O pré-teste foi realizado entre dezembro de 1996 e janeiro de 1997 apenas com as seis Aprimorandas de Terapia Ocupacional em Saúde Mental (divididas igualmente entre 1º e 2º anistas), pois houve dificuldades operacionais de localização e disponibilidade temporal das Aprimorandas da área de Reumatologia. Tivemos na ocasião a oportunidade de experimentar diversas maneiras de aplicação e realização da entrevista: a) em grupo de três aprimorandas, como se fosse um questionário a ser respondido individualmente, com a presença da pesquisadora na sala para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas quanto ao mesmo; b) de forma individual auto-aplicável após explicações sobre as perguntas, sem a presença da pesquisadora; c) sob a forma tradicional de entrevista, individualmente, com perguntas e respostas realizadas e anotadas pela pesquisadora com e sem o uso de gravador.

Além disso solicitamos a estas aprimorandas uma apreciação tanto quanto à forma de realização quanto ao conteúdo da entrevista para que estes dados pudessem ser analisados para a elaboração da versão final da mesma e sua forma de aplicação (Anexo A).

As perguntas inicialmente se constituíram de um conjunto de três tipos de dados distintos: a) dados demográficos que forneceram o perfil sócio-familiar dos sujeitos estudados; b) dados de graduação, que compuseram junto com a análise curricular a trajetória dos sujeitos ao longo do curso de terapia ocupacional; c) dados de aprimoramento, que indicaram as razões da escolha por área de especialidade.

Este conjunto de dados se manteve após as entrevistas do projeto-piloto, sendo apenas acrescentada explicitamente a possibilidade da livre expressão ao final das mesmas. Esta sugestão foi incorporada mesmo antes da realização das entrevistas-piloto, a partir do exame de qualificação. As modificações introduzidas foram: retirada de perguntas de conteúdo repetido, reformulação de perguntas dúbias e/ou mal formuladas; flexibilização na forma de resposta à pergunta sobre a descrição dos estágios curriculares, possibilitando a escolha entre a ordem cronológica ou as áreas de estágio realizado.

O pré-teste também nos permitiu identificar que a melhor forma de aplicação das entrevistas seria o próprio pesquisador realizá-las individualmente com cada aprimorando no seu local de trabalho, fazendo as anotações de próprio punho no roteiro pré-estabelecido e se utilizando de um gravador como recurso auxiliar para o momento posterior de compilação e análise dos dados.

As entrevistas com todos os sujeitos selecionados<sup>7</sup> foram realizadas entre outubro de 1997 e janeiro de 1998. Optamos por este período porque nos permitiria uma experiência de no mínimo seis meses de vivência dos sujeitos em seus respectivos programas de aprimoramento, bem como era anterior em pelo menos um mês ao término dos mesmos. Dentre os sujeitos da amostra previamente determinada encontramos aprimorandos que ao longo deste mesmo período haviam desistido de seus respectivos cursos/programas de aprimoramento. Para manter a coerência metodológica estes sujeitos ficaram incluídos na amostra e portanto também foram entrevistados segundo o roteiro pré-determinado anteriormente, tendo sido acrescida a este uma pergunta específica sobre as razões das desistências dos mesmos.

Após a realização de todas as entrevistas pelo próprio pesquisador, os dados foram compilados e categorizados quantitativamente, para então se proceder a uma análise reflexiva sob a ótica qualitativa dos mesmos.

Todas as informações obtidas nos itens supracitados tiveram inicialmente um tratamento metodológico quantitativo (sob a forma de compilação e tabulação de dados), e em seguida no momento de sua categorização foram introduzidos, como elementos de análise e compreensão, os aspectos qualitativos.

Os três capítulos seguintes se dedicam a estas análises na mesma seqüência exposta acima e também obedecem aos nossos pressupostos iniciais levantados sob a forma de hipóteses, no começo deste capítulo.

---

<sup>7</sup> Três sujeitos que já haviam sido entrevistados no pré-teste. Foram incluídos novamente, porque no ano seguinte eram aprimorandos de 2º ano, portanto fazendo parte do critério de elegibilidade da amostra.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS RELATIVOS AOS PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL E PROFISSÕES AFINS**

### *1 ANÁLISE SINCRÔNICA DOS PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL COMPARADA ÀS PROFISSÕES AFINS EM 1997: ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL.*

Ao longo das duas últimas décadas pode-se observar um enorme crescimento nos diversos cursos de nível superior que qualificam profissionais na área de saúde, em função de uma maior exigência do mercado de trabalho, que aumentou bastante entre outras razões pela própria ampliação dos serviços de saúde oferecidos à população em consonância com as políticas públicas delineadas para este fim. Este aumento também se refletiu em um maior contingente de pessoal qualificado nas diversas categorias profissionais, que não só buscaram a profissionalização através de um curso de nível superior, o que lhes proporcionaria uma certa ascensão social, como também

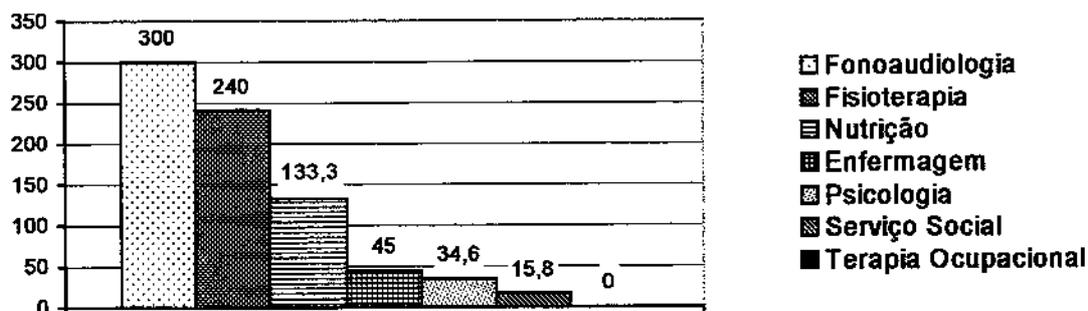
O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
Terapia Ocupacional e profissões afins

perceberam a necessidade de estarem mais especializadas para responder a uma demanda de mercado cada vez mais segmentada e compartimentalizada.

De acordo com o documento de trabalho 75 da Fundação do Desenvolvimento Administrativo-FUNDAP, 1998a, "Cadastro das Escolas e Cursos de Nível Superior na Área de Saúde, no Estado de São Paulo", que reúne informações sobre todas as escolas de nível superior públicas e privadas que ofereceram cursos de qualificação profissional na área de saúde no ano de 1996,

*"O crescimento do número de cursos no setor parece, antes, satisfazer uma demanda de mercado e de interesses corporativos, mais do que ser resultado de uma política que satisfaça as necessidades de profissionais do Sistema de Saúde e que, portanto, esteja relacionada a ações que visem à elevação dos níveis de saúde da população"* (p.11-12).

QUADRO 4 – Crescimento (percentual) do número de cursos na área de saúde entre os anos 1981 e 1996, segundo a Fundap



O QUADRO 4 ilustra graficamente este aumento demonstrando que entre 1981 e 1996 houve um crescimento por exemplo de 300% nos cursos de Fonoaudiologia, de 240% nos de Fisioterapia, de 133,3% no de Nutrição, de 45% nos de Enfermagem, seguidos por 34,6% e 15,8% no de Psicologia e Serviço Social respectivamente. Em relação à Terapia Ocupacional não houve crescimento durante este mesmo período,

**O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional**  
**6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de**  
**Terapia Ocupacional e profissões afins**

---

entretanto um pequeno aumento passou a ocorrer imediatamente a partir do ano subseqüente (1997), à semelhança das outras profissões mencionadas.

A imagem de uma determinada profissão e o seu respectivo status podem ser definidos pelo prestígio e alcance social da mesma em relação à população em geral. Um estudo experimental realizado por PARKER & CHAN (1986) solicitou que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais avaliassem o prestígio de algumas profissões da área de saúde (entre elas fonoaudiologia, nutrição, serviço social, fisioterapia e terapia ocupacional) e as comparassem entre si. Os resultados mostraram que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais avaliam sua imagem social de forma bastante similar, entretanto os terapeutas ocupacionais percebem seu próprio status como sendo mais baixo. Em relação às outras profissões mencionadas, os terapeutas ocupacionais se colocaram em quarto lugar, de um total de treze, quanto a ser identificáveis/conhecidos pela população, colocando em primeiro lugar os fisioterapeutas, em segundo lugar os fonoaudiólogos, em terceiro os médicos assistentes e em quinto e sexto lugares respectivamente os assistentes sociais e os nutricionistas.

Um outro estudo mais específico e mais recente desenvolvido por KAUR, SEAGER & ORRELL (1996) sobre a visão que os membros de uma equipe de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras-padrão e auxiliares de enfermagem) têm da terapia ocupacional revelou que apenas 14% dos 64 profissionais investigados consideraram não haver uma sobreposição de papéis e funções entre eles. Os profissionais de enfermagem foram os que apontaram esta sobreposição com

a maior frequência de 72%, seguidos das assistentes sociais em 53%, e dos psicólogos e psiquiatras em 42% cada um deles. Estes dados sugerem a falta de compreensão do que um terapeuta ocupacional faz em uma equipe de saúde mental, bem como indica que nossa categoria profissional nesta área deve se posicionar mais claramente em sua prática clínica.

Para efeitos comparativos e de visualização da situação do processo de escolha de áreas de especialidade em relação à Terapia Ocupacional, quatro outras categorias profissionais foram escolhidas: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social. O ano base utilizado para esta parte do estudo foi o ano de 1997, por este também ser o ano de referência para os aprimorandos, sujeitos das entrevistas, e assim todos os dados poderem ser parametrizados na mesma dimensão e conjuntura temporal, possibilitando uma análise sincrônica.

O critério de escolha destas quatro profissões dentre as inúmeras outras, que também oferecem Programas de Aprimoramento (PAPs) através da FUNDAP, deu-se pela compreensão e combinação de vários fatores.

O primeiro destes fatores é que, tradicionalmente, são estas as profissões que habitualmente compõem os diversos tipos de equipes de trabalho em saúde, geralmente determinadas por uma "certa composição oficial", isto é, regulamentadas pelos órgãos governamentais através de suas estratégias de política para a execução dos diferentes projetos e programas de atenção e intervenção à saúde da população. Independentemente do nome que estas equipes de trabalho tenham, multiprofissional, multidisciplinar, ou interdisciplinar, e também das formas como suas ações são

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
Terapia Ocupacional e profissões afins

---

desenvolvidas, de uma maneira ou outra, são estas cinco categorias profissionais, incluindo-se as quatro supracitadas, junto com a Terapia Ocupacional, que sempre acompanhadas pelos profissionais médicos irão desenvolver os trabalhos nos diferentes níveis de atenção e dentro das diversas especialidades clínicas.

O segundo fator não menos importante que o primeiro são os aspectos ligados à formação destes profissionais. O ensino de graduação destas cinco categorias profissionais tem uma estrutura curricular semelhante, composta por um conjunto de disciplinas básicas das áreas de ciências biológicas, como anatomia, fisiologia, outro conjunto de disciplinas de formação em ciências humanas, como sociologia, psicologia, e ainda uma grande parte (em média 50%) dedicada ao ensino profissionalizante propriamente dito com uma formação bastante enfática na prática profissional. A formação destes profissionais tem em média a duração de quatro anos não ultrapassando cinco anos como no caso da Psicologia.

Um terceiro aspecto a ser considerado é o da habilitação profissional para a prática propriamente dita. É fato conhecido que o ensino superior vem, há alguns anos, sofrendo profundas modificações em sua política em termos quantitativos com a transformação de grupos de escolas particulares isoladas em instituições universitárias que nem sempre proporcionam uma melhoria das condições de ensino e aprendizagem. Do ponto de vista qualitativo a grave recessão econômica, pela qual o país passa neste momento, impôs uma política de cortes de verbas nas instituições públicas de ensino superior fazendo com que a qualidade das condições de oferecimento de um ensino de alto nível esteja prejudicada. Tudo isto dificulta a

possibilidade de entrada do recém-graduado no mercado competitivo, particularmente neste momento histórico com um alto índice de desemprego, fazendo com que o mesmo tenha que se valer quase que compulsoriamente de formas complementares de educação àquela recebida na faculdade.

Quando os recém-formados nas profissões aqui estudadas optam pela especificidade da área de saúde (considerando que psicólogos e assistentes sociais têm várias outras opções de áreas de trabalho a mais do que as três outras categorias), os profissionais na maioria das vezes ainda não se sentem suficientemente preparados para ir ao encontro das demandas e exigências colocadas pelo mercado de trabalho. Este geralmente pressupõe algum tempo de experiência da prática profissional, para além dos estágios curriculares realizados ao longo do ensino de graduação. Esta forma de entrada no mercado de trabalho segue o modelo médico das Residências, que visa, à semelhança dos Programas de Aprimoramento ou Especializações, “a uma formação em serviço” com mais ênfase nos aspectos práticos.

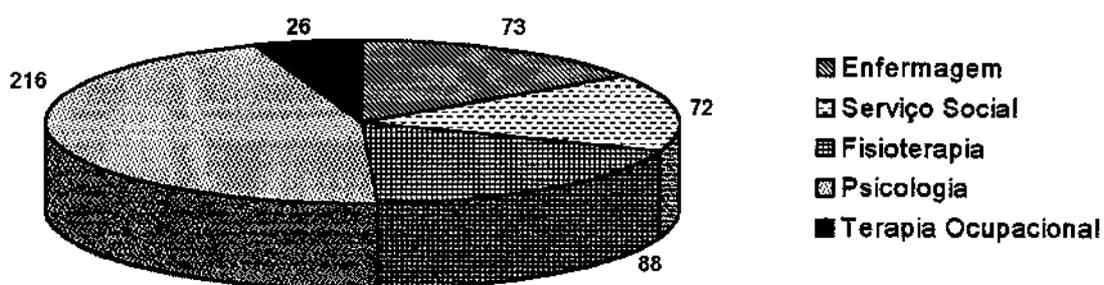
Um outro fator se refere a uma peculiaridade que ocorreu por muito tempo entre as profissões Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pois desde a criação destes dois Cursos no país no final da década de cinquenta, as mesmas caminharam curricularmente juntas, à exceção da parte profissionalizante específica, somente se diferenciando muito recentemente em 1998, quando da extinção dos currículos mínimos anteriores determinados pelo MEC desde 1963. A expansão das duas profissões apesar desta interface curricular se deu de forma bastante diferenciada, havendo uma “explosão” na abertura de Cursos de Fisioterapia e o conseqüente aumento de

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
 Terapia Ocupacional e profissões afins

profissionais numa escala de 1:20 em relação à Terapia Ocupacional (*documentos Comissões de Especialistas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional MEC, 1998*).

Para a comparação dos dados relativos à terapia ocupacional e às quatro categorias profissionais escolhidas, optamos por diversas representações gráficas acrescidas de textos explicativos.

**QUADRO 5 – Distribuição do número de aprimorandos das cinco categorias profissionais ano 1997**

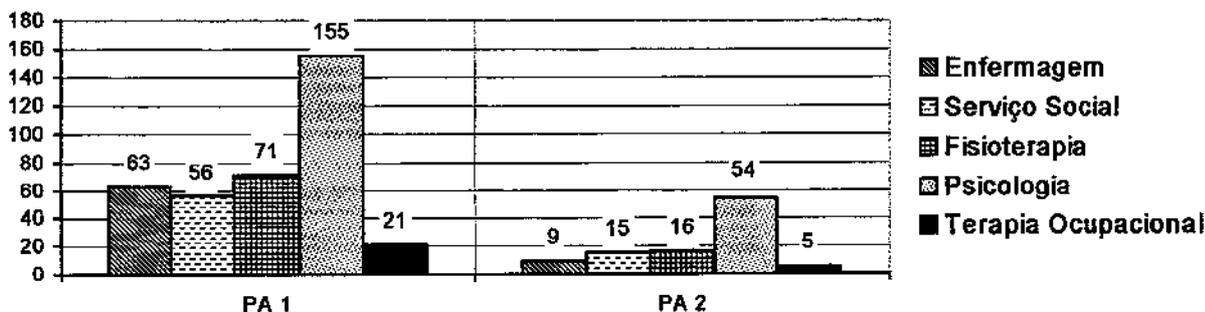


O QUADRO 5 apresentado sob a forma de “pizza” nos mostra claramente que o número de aprimorandos em terapia ocupacional corresponde a aproximadamente um terço dos aprimorandos de enfermagem, fisioterapia e serviço social, e é mais de oito vezes menor que o total de aprimorandos da psicologia.

Por sua vez o Quadro 6 nos mostra a distribuição das cinco categorias profissionais nos programas de aprimoramento de 1º ano (PA 1) e 2º ano (PA 2), em 1997. Os PA 1 sempre oferecem um número maior de vagas em relação aos PA 2, e isto pode ser compreendido pela autonomia que a FUNDAP dá às Instituições de oferta de um Programa mais ou menos prolongado.

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
Terapia Ocupacional e profissões afins

QUADRO 6 – Distribuição dos aprimorandos das cinco categorias profissionais em 1997 por ano de aprimoramento



Eventualmente também, apesar de o Programa inicialmente prever dois anos, há abandonos tanto por parte dos aprimorandos, das políticas de restrições orçamentárias tanto com corte de verbas efetuado pelo Conselho Estadual de Formação Profissional na Área de Saúde (CONFORPAS)<sup>1</sup>, o qual delinea o gerenciamento financeiro da própria FUNDAP, quanto por parte das Instituições que eventualmente priorizam determinados Programas em detrimento de outros. Um exemplo desta situação ocorreu entre os anos de 1995-96 na PUCC quando haviam sido solicitadas e autorizadas sete vagas, mas apenas três foram preenchidas e não houve a possibilidade de remanejamento das mesmas, prática bastante utilizada nos anos anteriores. Esta situação se manteve para todos os Programas em 1997 e em 1998, pela impossibilidade de remanejamentos, tanto entre Programas quanto entre Instituições, havendo trinta vagas ociosas por falta de preenchimento, embora já houvessem sido

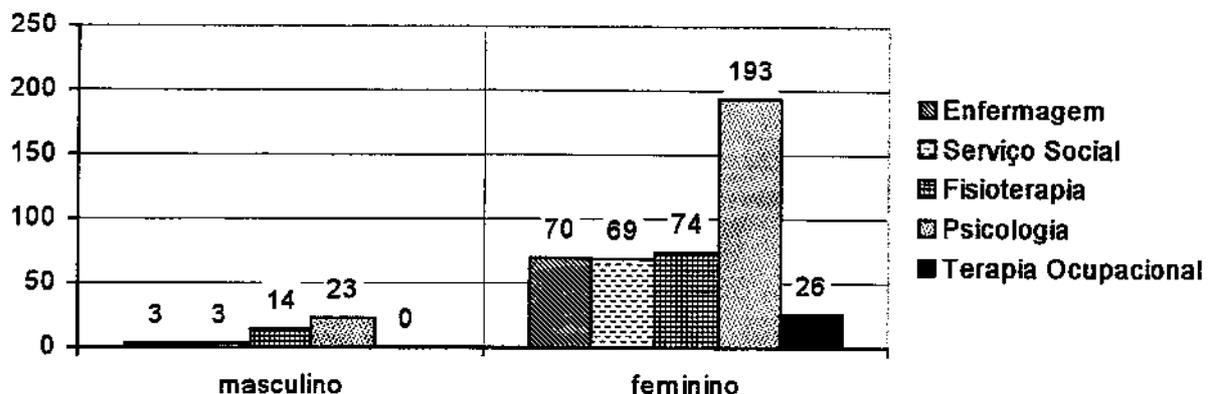
<sup>1</sup> Ao CONFORPAS "compete desenvolver o processo de planejamento para a formação, em nível de pós-graduação 'lato senso' de médicos e outros profissionais de nível superior que atuam na área de saúde, tendo em vista as necessidades presentes e futuras de atendimento à população do Estado de São Paulo". (artigo 2º, parágrafo 1º do Decreto 28.495 de 15 de junho de 1988).

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
 Terapia Ocupacional e profissões afins

autorizadas anteriormente. Pode-se observar através dos dados, uma relativa proporcionalidade das categorias profissionais com relação aos programas de 1º e 2º anos, todas elas tendo um índice de mais de 70% de PAs 1, além de haver uma aproximação da porcentagem por igualdade da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional em torno de 80%. Este dado apareceu incompleto para todas as categorias profissionais, mas foi possível reconstituí-lo na Terapia Ocupacional pelo fato de todos os sujeitos terem sido entrevistados.

O QUADRO 7 apresenta a distribuição dos aprimorandos das cinco categorias profissionais por gênero.

QUADRO 7– Distribuição do número de aprimorandos das cinco categorias profissionais em 1997 por gênero



Entre as semelhanças encontradas notamos uma predominância do sexo feminino nestas categorias profissionais: uma porcentagem de 100% na Terapia Ocupacional, seguida de 95,8% na Enfermagem e em Serviço Social, havendo um decréscimo para 89,3% na Psicologia e de 84,1% na Fisioterapia. Estas porcentagens, embora retratem uma amostra muito específica, parecem estar em consonância com os números a respeito dos gêneros que compõem estas categorias profissionais.

Destacamos que, embora o número total de aprimorandos em Fisioterapia esteja bastante próximo aos de Serviço Social e Enfermagem, os fisioterapeutas do sexo masculino representam no mínimo o triplo de homens das duas categorias antes mencionadas e o dobro dos da Psicologia, embora esta última, nesta amostra, seja uma vez e meia maior.

Analisando estes dados dos QUADROS de 5 a 7 podemos constatar que em termos numéricos gerais todos os dados relativos à Terapia Ocupacional estão sempre abaixo dos dados das outras categorias profissionais. As possíveis explicações para isto são: comparativamente com as outras profissões é a mais recente de todas elas, o que pode ser uma explicação parcial, mas certamente é a que possui um número menor de cursos,<sup>2</sup> embora os mesmos estejam em franca expansão, assim como, proporcionalmente, também possui um número menor de alunos. Em relação às cinco categorias profissionais aqui analisadas é a menos conhecida e procurada tanto pelo público leigo quanto pelos outros profissionais da área de saúde.

Tal diminuição mais uma vez aparece no QUADRO 8 que apresenta a quantidade de Instituições e respectivos Programas oferecidos para cada uma das cinco categorias profissionais ao longo de 1997.

---

<sup>2</sup> Esta informação se refere exclusivamente ao estado de São Paulo. (Cadastro das Escolas e Cursos de Nível Superior na Área de Saúde, no Estado de São Paulo, FUNDAP 1998a)

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
 Terapia Ocupacional e profissões afins

QUADRO 8 – Distribuição do número de instituições e programas oferecidos para as cinco categorias profissionais no ano de 1997



Quanto ao número de Instituições que oferecem Programas de Aprimoramento, este não acompanha em nada a proporcionalidade do número dos aprimorandos nas cinco diferentes categorias.

Em média o número de PAPs representa o dobro do número de instituições porém não na proporcionalidade de 2:1. Exemplos concretos deste fato são o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), Instituição que oferece Programas de Aprimoramento para todas as categorias profissionais deste estudo na seguinte proporção: 12 (doze) programas para a Enfermagem, 09 (nove) para a Psicologia, 05 (cinco) tanto para o Serviço Social como para a Fisioterapia e 02 (dois) para a Terapia Ocupacional, e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com 10 (dez) programas para Serviço Social, 07 (sete) para Psicologia, 03 (três) para Fisioterapia, 02 (dois) para Enfermagem e 01 (um) para Terapia Ocupacional.

Em contraste com os altos números anteriores temos como exemplo as seguintes instituições que oferecem apenas um e às vezes o mesmo Programa para quatro das cinco categorias profissionais em questão: Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese, Hospital Lauro de Souza Lima e a Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME).

Especificamente em relação aos Programas oferecidos para terapeutas ocupacionais, verificamos grandes semelhanças com os da Psicologia, 50% dos Programas de Terapia Ocupacional propriamente ditos são coincidentes, e as Instituições que os oferecem coincidem em sua totalidade. A compreensão destas “coincidências” pode ser por um maior entrosamento de trabalhos em equipes em áreas/projetos afins, e também pelas afinidades históricas do ponto de vista teórico à semelhança do que ocorreu com a Fisioterapia. Nas categorias de Fisioterapia e Serviço Social as Instituições coincidem em 2/3 delas (66%), e na Enfermagem em menos da metade (44%). Quanto aos Programas coincidentes estes decrescem progressivamente, não só em relação ao número de instituições, como também caem para metade em relação às semelhanças apontadas com a Psicologia, havendo 38% de programas iguais no Serviço Social, 23% na Fisioterapia e apenas 15% na Enfermagem.

Um outro tipo de análise comparativa que efetuamos foi quanto ao número de Faculdades<sup>3</sup> de onde provêm os aprimorandos do ponto de vista de quantidade e

---

<sup>3</sup> No capítulo de análise comparativa dos currículos a seguir, o Quadro 9 ilustra este detalhamento para a terapia ocupacional.

## O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional

### 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de Terapia Ocupacional e profissões afins

---

variedade nas cinco categorias profissionais. Encontramos evidências do alcance dos PAPs principalmente no plano estadual, (capital e interior), também no cenário nacional, com até uma pequena inserção internacional, (FUNDAP,1998b). Aparentemente não existe nenhum indicativo formal seja filosófico, político ou administrativo de qualquer tipo de ingerência da FUNDAP enquanto órgão promotor dos PAPs na escolha e/ou determinação dos candidatos aos cursos de aprimoramento quanto às suas escolas de origem.

Todas as modalidades de ensino superior estão representadas: universidades, faculdades e escolas isoladas, tanto públicas (federais, estaduais e municipais), quanto privadas e dentre estas muitas confessionais/comunitárias das mais diversas religiões. Este último fato nos sugere uma ligação entre a “vocação/missão” destas Instituições de Ensino e a escolha pelo oferta de Cursos mais voltados para área de saúde e educação para tentar dar conta de outras carências da sociedade. Também é possível fazer correlações entre o aspecto “missionário” e eventualmente “caritativo” destinado historicamente às mulheres por estas terem supostamente qualidades inerentes para serem “cuidadoras dos outros mais necessitados”, considerando-se que o gênero feminino é predominante nestas categorias profissionais.<sup>4</sup>

Verificando o número e a diversidade de Cursos de Enfermagem esta é a profissão que mais se destaca, principalmente em relação ao baixo número de enfermeiros nesta amostra, se comparados com os psicólogos. Isto talvez possa ser

---

<sup>4</sup> Uma discussão mais aprofundada sobre esta questão encontra-se no capítulo de análise das entrevistas.

indicativo apenas de um maior número de escolas (vinte e oito em 1996), o que não cremos pois a maior concentração de cursos existe na área de Psicologia que neste mesmo ano tinha trinta e cinco (*FUNDAP, 1998a*), ou de uma maior necessidade e conscientização destes profissionais terem uma alternativa de formação continuada com ênfase na prática, pelo fato de seus cursos de origem não suprirem esta necessidade, ou ainda como uma alternativa frente às más condições do mercado de trabalho. Nas demais categorias profissionais há um equilíbrio maior entre a quantidade de aprimorandos e os números da amostra com relação à variedade de Cursos de Graduação. Outra hipótese que pode ser levantada é a correlação que este fator tem com as questões discutidas no parágrafo anterior, quanto à baixa auto-imagem destes profissionais (as vezes até determinada por fatores externos), que faz com que os integrantes destas categorias profissionais busquem na educação continuada uma forma de legitimação profissional.

Se considerarmos o tempo decorrido após o término dos Cursos, é possível observar que a grande maioria dos recém-formados, mais de 90%, iniciam seus PAPs em um período inferior a três anos após a conclusão de seus respectivos cursos superiores, período este sugerido pelas normas da FUNDAP e algumas vezes legislado pelas Instituições que oferecem os PAPs, embora seja inconstitucional do ponto de vista legal. A única categoria profissional que é exceção neste caso são as Assistentes Sociais, verificando-se que o número de aprimorandos, proporcionalmente nesta amostra, é quase o dobro das demais categorias. Os Fisioterapeutas são os que mais rapidamente se vincularam após suas formaturas aos PAPs, neste ano.

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
Terapia Ocupacional e profissões afins

---

Este conjunto de dados aqui selecionados para análise, evidentemente não esgota a possibilidade de outras comparações entre as diversas categorias profissionais, permitindo inúmeros outros estudos posteriores. Entretanto nos pareceram ser os mais relevantes e que poderiam contribuir para os pressupostos de nossa pesquisa no presente momento.

## *II ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL*

Para o estudo da primeira hipótese levantada em nossos procedimentos metodológicos foi necessário realizar um levantamento retrospectivo dos dados relativos aos PAPs específicos da Terapia Ocupacional. Estas informações foram disponibilizadas pela FUNDAP, havendo entretanto um problema quanto à obtenção dos dados anteriores ao ano de 1985. Embora os programas que aceitavam terapeutas ocupacionais tenham se iniciado em 1979, por motivos operacionais como falta de registros sistemáticos e informatizados à época, não foi possível fazer este levantamento. Por outro lado temos a informação histórica verbal de alguns profissionais que coordenavam estes programas pioneiros que relatam a existência nesses seis primeiros anos de funcionamento, de pelo menos duas instituições, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) com seus programas nas áreas de Geriatria e Saúde Mental respectivamente.

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
 Terapia Ocupacional e profissões afins

O QUADRO 9 nos permite uma visualização parcial de alguns dados selecionados a partir do ano de 1985 até a finalização da presente pesquisa. Também foram utilizados para esta análise outros parâmetros além dos desse Quadro. A partir das informações obtidas na própria FUNDAP foi possível catalogar dados tais como: detalhamento das Instituições e seus respectivos Programas, ano cursado por cada um dos terapeutas ocupacionais neste período, seus Cursos de Graduação de origem e suas respectivas datas de formatura, bem como dados demográficos pessoais como sexo e estado civil.

QUADRO 9 - Dados da Terapia Ocupacional entre 1985 e 1998

ANO	TOTAL DE APRIMORANDOS	PA 1	PA 2	INSTITUIÇÕES	PROGRAMAS	CURSOS DE T.O.
1985	07	07	00	04	05	03
1986	13	06	07	06	07	03
1987	11	09	02	06	07	05
1988	14	12	06	05	05	05
1989	18	15	03	06	06	04
1990	15	11	04	04	04	04
1991	23	19	04	06	08	07
1992	21	13	08	06	08	05
1993	19	18	01	07	09	06
1994	21	16	05	06	09	06
1995	16	12	04	07	09	04
1996	17	14	03	06	10	04
1997	26	21	05	09	13	05
1998	25	22	03	09	13	04

Ao analisarmos os dados relativos à evolução dos Aprimorandos em Terapia Ocupacional ao longo dos últimos 14 anos, a primeira consideração a ser feita é sobre a não-linearidade do desenvolvimento destes dados. O número de bolsistas foi bastante

## O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional

### 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de Terapia Ocupacional e profissões afins

---

oscilante, aparentemente não tendo relação direta com o número de Instituições e/ou Programas. Como exemplos de cada um dos aspectos mencionados acima podemos utilizar os anos 1986 e 1987 em que todos os parâmetros (número de bolsistas, instituições e programas) parecem estar relativamente estáveis; nos anos de 1988 e 1989 pode-se observar que houve um aumento do número de bolsistas bastante diferenciado e uma diminuição por igual das Instituições e Programas; ou ainda no ano de 1990 em que o número de bolsistas permaneceu estável mas houve uma diminuição de 1/3 tanto das Instituições quanto dos Programas; e também no ano de 1997 referência deste estudo no qual observamos um crescimento absoluto de todas as variáveis. No ano de 1998, último ano de dados coletados para este trabalho, pode-se observar uma tendência ao equilíbrio em quase todos os dados em relação ao ano anterior. Não podemos deixar de ponderar que entre o final da década de 80 e os primeiros seis anos da década atual houve uma absoluta estabilidade no número de Cursos de Terapia Ocupacional, não só no estado de São Paulo, como em todo país. O crescimento começa a ocorrer de forma tímida no final de 1996 e ganha grande força nos três anos subseqüentes.

Quanto à análise do número de Instituições por si só, estas permaneceram estáveis à exceção do ano inicial 1985 e o ano de 1990 quando somente quatro Instituições estavam oferecendo Programas, e no outro extremo o ano de 1997 quando este número mais do que se duplicou chegando a nove. Nos demais anos houve uma variação constante entre 6-7 Instituições por ano.

Com relação ao número de Programas até 1990 estes oscilaram entre quatro, o menor neste mesmo ano, e sete ao longo dos cinco anos anteriores. Após 1991 observa-se um crescimento progressivo a cada ano, chegando ao ápice em 1997 com treze Programas. Em 1998 o número de programas se mantém igual, apesar de não serem exatamente os mesmos do ano precedente, ocorrendo diferentes programas em Instituições iguais como pode ser verificado no Quadro 8 ao final deste capítulo.

O número de Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional também foi bastante instável. O mínimo foi de três, o que representa na maioria das vezes as escolas do próprio estado de São Paulo. Sempre que se superou esta marca significa que existiram alunos provenientes de cursos de outros estados do país e excepcionalmente até um do exterior.<sup>5</sup> O ano de 1991 pode ser utilizado como exemplo da correlação entre o alto número de bolsistas (23) e o maior número de Cursos (7) que tiveram alunos realizando os PAPs. Pode-se observar também que apenas 4% deles, nove profissionais, foram fazer seus aprimoramentos após três anos de formados o que comparado com as outras categorias profissionais significa uma baixa incidência de terapeutas ocupacionais que buscam este tipo de formação depois de quatro anos de saírem de seus respectivos cursos de origem.

Explicitando mais os Programas de Aprimoramento, na Terapia Ocupacional também se revela a mesma tendência das outras profissões analisadas anteriormente,

---

<sup>5</sup> À medida que os PAPs foram se consolidando e demonstrando serem de boa qualidade para a formação dos profissionais, e pelo fato de haver poucos cursos semelhantes em outros estados, houve uma ampliação na procura por parte dos terapeutas ocupacionais provenientes de fora do estado de São Paulo.

## O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional

### 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de Terapia Ocupacional e profissões afins

---

que é a de que aproximadamente  $\frac{3}{4}$  dos aprimorandos são de 1<sup>o</sup> ano, o que significou 191 terapeutas ocupacionais, e que  $\frac{1}{4}$  estão nos PAPs 2 resultando em apenas 55 profissionais ao todo nestes catorze anos. Novamente se percebe a irregularidade dos programas de 2<sup>o</sup> ano, sendo marcante o fato de em 1992 ter havido oito bolsistas (sendo este número o maior desde o início dos programas) e no ano seguinte 1993 apenas um.

Estes aprimorandos no total de 246 até 1998 são na sua quase totalidade (98,9%) do sexo feminino. Ao longo desse período só houve 3 alunos do sexo masculino. Quanto ao estado civil 208 (84,5%) são solteiros, 13 (5,2%) são casados e os demais 27 estão sem dados. Estes dados estão em consonância com outros trabalhos realizados por outras pesquisadoras da profissão que se reportam ao universo dos terapeutas ocupacionais brasileiros (GALHEIGO, 1988; FERRIGNO, 1990; VITTA, 1998).

No QUADRO 10, a seguir, os programas que apresentam o nome genérico de Terapia Ocupacional sempre se referem à grande área denominada de Disfunções Físicas. Entretanto, alguns Programas desta mesma área preferem usar a denominação clínica mais específica como por exemplo, traumato-ortopedia.

O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional  
6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de  
Terapia Ocupacional e profissões afins

QUADRO 10 - Número de aprimorandos por áreas entre os anos de 1985 e 1998

ANO	SAÚDE MENTAL	OUTRAS ÁREAS	QUANTAS E QUAIS
1985	06	01	Terapia Ocupacional
1986	07	06	Terapia Ocupacional
1987	10	01	Terapia Ocupacional
1988	11	03	1-Terapia Ocupacional, 2-Geriatría
1989	14	04	1-Terapia Ocupacional, 3-Geriatría
1990	19	05	1-Terapia Ocupacional, 4-Geriatría
1991	16	07	2-Terapia Ocupacional, 5-Geriatría
1992	14	07	2-Terapia Ocupacional, 4-Geriatría, 1-Dermatologia
1993	10	09	6-Terapia Ocupacional, 2-Geriatría, 1-Traumato-ortopedia
1994	14	07	3-Terapia Ocupacional, 3-Geriatría, 1-Traumato-ortopedia
1995	09	07	3-Terapia Ocupacional, 1-Geriatría, 1-Adulto, 1-Infantil, 1-Reabilitação
1996	11	06	1-Terapia Ocupacional, 1-Geriatría, 1-Adulto, 1-Infantil, 2-Reumatologia
1997	17	09	2-Terapia Ocupacional, 3-Geriatría, 1-Adulto, 1-Infantil, 1-Reabilitação, 1-Dermatologia
1998	14	11	4-Terapia Ocupacional, 1-Geriatría, 1-Adulto, 1-Infantil, 1-Reabilitação, 1-Dermatologia, 2-Queimados

No QUADRO 10 ficam claramente observáveis as diferenças entre a quantidade de vagas oferecidas em programas de aprimoramento na área de saúde mental (163) em relação as demais áreas (83) no campo da terapia ocupacional. Durante o período estudado foi oferecido um total de duzentas e quarenta e seis vagas (246) das quais 66,2% foram destinadas aos PAPs em Psiquiatria e Saúde Mental, correspondendo a 2/3 dos bolsistas e os 33,7% das vagas restantes foram oferecidos nas demais áreas subdivididas em pelo menos outras nove áreas clínicas atendendo a 1/3 dos bolsistas restantes.

Algumas outras peculiaridades podem ser notadas. Novamente se constata a total irregularidade no oferecimento de vagas por áreas à semelhança do que se observou no Quadro 8 com relação a Programas e Instituições, o que sugere um

## O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional

### 6. Análise e discussão dos dados quantitativos relativos aos Programas de Aprimoramento de Terapia Ocupacional e profissões afins

---

reflexo de um fator sobre os demais. Antes dos anos 90 percebe-se que as demais áreas estão restritas ao nome Terapia Ocupacional não sendo explicitado qualquer outro dado indicativo em qual "clínica" estariam sendo oferecidas estas vagas. Em 1988 surgem as vagas em Programas de Geriatria que por sua vez se mantêm bastante estáveis ao longo dos anos seguintes, e apenas em 1992 começam a aparecer vagas numa maior diversidade de áreas clínicas.

Os anos de 1986, 1993 e em menor proporção o ano de 1995 são exemplos de uma proporcionalidade na oferta das vagas entre as diversas áreas. Nota-se também que a partir dos anos 90, excetuando os dois anos já mencionados, passa a existir de um maior equilíbrio de vagas, aproximadamente 50% entre as áreas.

Esta análise comparativa com as outras profissões aqui mencionadas, acrescida da análise retrospectiva de todos os dados disponíveis sobre os aprimorandos terapeutas ocupacionais ao longo dos últimos catorze anos, permitiram-nos contextualizar melhor a análise dos currículos e das entrevistas dos bolsistas de terapia ocupacional no ano de 1997, sujeitos-alvo de nossa pesquisa, detalhados nos próximos dois capítulos.

## ANÁLISE COMPARATIVA DOS CURRÍCULOS

Após termos analisado e comparado os dados das categorias profissionais de psicologia, serviço social, enfermagem e fisioterapia em relação à terapia ocupacional, bem como os dados retrospectivos de 1985-1998, relativos aos terapeutas ocupacionais que participaram como aprimorandos da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) em diferentes instituições e programas no estado de São Paulo, o próximo conjunto de dados a ser discutido refere-se aos conteúdos programáticos das disciplinas, especificamente as relativas à área de psiquiatria e saúde mental e aos perfis curriculares de cada curso de graduação de proveniência dos aprimorandos e a sua correlação com as escolhas de áreas de especialidade.

Os aprimorandos, sujeitos desta pesquisa, no ano de 1997 eram provenientes de cinco Cursos de Terapia Ocupacional distintos, o que nos levou a análise dos perfis curriculares destes cursos de graduação, com seus respectivos conteúdos programáticos. O QUADRO 11 apresenta cada um dos cursos de graduação, a Instituição à qual pertence, cidade e estado de localização, número de sujeitos e a

respectiva porcentagem dos que foram aprimorandos no ano em questão e quantos deles cursaram os programas tanto de psiquiatria e saúde mental, quanto nas outras áreas.

**QUADRO 11 – Distribuição dos Aprimorandos em relação ao curso de graduação de origem e suas escolhas de áreas nos programas de aprimoramento em 1997.**

INSTITUIÇÃO	CIDADE-ESTADO	N.º DE SUJEITOS	%	SAÚDE MENTAL	OUTRAS ÁREAS
Pontifícia Universidade Católica de Campinas –PUCCamp	Campinas – SP	15	46,8	09	06
Universidade São Paulo –USP	São Paulo – SP	04	12,5	04	00
Universidade Federal de São Carlos-UFSCar	São Carlos – SP	08	25	04	04
Faculdade de Educação Física	Lins – SP	04	12,5	00	04
Faculdade de Ciências Médicas-FCMMG	Belo Horizonte – MG	01	3,2	00	01
	TOTAL	32	100	17	15

A primeira constatação a ser feita é que todas as escolas do estado de São Paulo<sup>1</sup>, com alunos já formados estão representadas através dos diversos aprimorandos. Acreditamos que isto se deve ao fato de que a divulgação dos diversos Programas de Aprimoramento que são vinculados a Instituições públicas e/ou privadas na capital e no interior do próprio estado, seja realizada quase que exclusivamente nestes mesmos locais.

A própria FUNDAP, sendo uma organização diretamente ligada a uma secretaria estadual, delega a competência de divulgação aos próprios programas, embora veja

<sup>1</sup> Sobre este aspecto vide notas de rodapé números 3 e 4 no capítulo de procedimentos metodológicos.

com bons olhos o fato de haver candidatos de outros estados e eventualmente de outros países. "*Vários aprimorandos vêm de outras cidades ou estados, ou mesmo, de outros países, a fim de realizar o programa.*" (FUNDAP, 1998b, p.12)

No caso de nossa amostra a única aprimoranda vinda de outro estado (Minas Gerais) reforça esta idéia quando, durante a entrevista, queixa-se da falta de divulgação não só pelos Programas/Fundap como também acredita que esta deveria ser função do próprio órgão formador, o curso de graduação e também das associações de classe profissional, principalmente pelo fato de a maioria dos outros estados não oferecerem possibilidades semelhantes.

Chama a atenção a diferença quantitativa no número de aprimorandos provenientes dos quatro distintos cursos de terapia ocupacional do Estado de São Paulo (PUCC, USP, UFSCar e LINS). Esta quantidade de aprimorandos não guarda nenhuma relação de proporcionalidade quer entre o número de vagas oferecidas pelos respectivos cursos de graduação, tampouco com o número de formados em cada ano. A título de ilustração os dois cursos privados oferecem mais vagas (PUCC 60 e LINS 50 vagas)<sup>2</sup>, ou seja, o dobro de vagas oferecidas pelos dois cursos públicos (25 e 30, USP e UFSCar, respectivamente). Uma possível explicação talvez seja a questão das formas de divulgação mencionadas nos dois parágrafos anteriores, e também o tipo de incentivo recebido pelos alunos através do corpo docente, nos respectivos cursos de

---

<sup>2</sup>Segundo as Coordenadoras dos respectivos cursos, este número de vagas era o oficial registrado nos processos de vestibular à época relativa aos dados incluídos neste trabalho (1992-1997). A PUCC sempre acrescentava no mínimo mais 10% aos mesmos, tendo portanto no primeiro ano "em torno de setenta alunos". LINS por sua vez raramente completava o total de cinquenta e iniciava seu primeiro ano "às vezes com pouco mais de trinta alunos".

graduação para esta modalidade específica de continuidade de formação. O fato de a PUCCamp oferecer programas de aprimoramento diretamente vinculados ao Curso de T.O. permite o convívio constante entre os graduandos e os aprimorandos o que poderia ser uma variável a ser considerada em favor do alto número de aprimorandos de nossa amostra, quinze provenientes deste curso, em um total de trinta e dois, representando perto de 50% deste contingente. Um outro aspecto que não pode deixar de ser mencionado é a questão das oportunidades que surgem no mercado de trabalho, principalmente na capital onde se concentram a maior parte das instituições que contratam terapeutas ocupacionais, o que poderia eventualmente explicar o baixo número de aprimorandos provenientes do curso da USP que é o único com sede na própria cidade de São Paulo. As considerações quanto às áreas escolhidas encontram-se detalhadamente discutidas ao longo do capítulo de análise de entrevistas.

Passando aos aspectos referentes aos dados específicos dos perfis curriculares, estes foram fornecidos por cada um dos respectivos Cursos de Terapia Ocupacional, como sendo os perfis em vigor nos anos anteriores a 1997<sup>3</sup>. Isto significa que alguns dos dados numéricos (descritos no Quadro 10) relativos a cargas-horárias de disciplinas bem como seus conteúdos programáticos podem estar desatualizados, para o leitor em contato permanente com estas questões, uma vez que a última legislação sobre os então chamados Currículos Mínimos do MEC para a Terapia Ocupacional data de 1983. Entretanto é necessário lembrar que a partir da extinção do Conselho Federal de

---

<sup>3</sup> Porque todos os sujeitos já estavam formados neste ano, conforme detalhamento nas respostas dadas à pergunta 6 da entrevista que se encontra no anexo B.

Educação (CFE) em 1996, que era o órgão oficial regulador desta matéria, e com a criação do Conselho Nacional de Educação (CNE) no mesmo ano, os Currículos Mínimos foram extintos e estão sendo progressivamente substituídos por um conjunto de orientações denominadas de “Diretrizes Curriculares” elaboradas pelas “Comissões de Especialistas” de cada área. No caso da terapia ocupacional estas diretrizes foram elaboradas juntamente com os subsídios e contribuições de cada um dos cursos existentes no país durante o ano de 1998, bem como dos diversos conselhos regionais e associações de classe da categoria profissional. Ao longo destes últimos 15 anos alguns cursos fizeram reestruturações curriculares, de maior ou menor porte, para uma melhor adequação e principalmente atualização de seus conteúdos programáticos. A maioria dos Cursos de T.O. está fazendo e/ou implementando as reformulações e reestruturações curriculares, neste três últimos anos da década, já de acordo com as novas diretrizes curriculares que também estão levando em conta os parâmetros de qualidade de ensino propostos pela Federação Mundial de Terapia Ocupacional.

A título de exemplos das questões pontuadas anteriormente, mencionamos que o material fornecido pelo Curso de T.O. da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) é relativo ao ano de 1987, embora continuasse em vigor nos dez anos subsequentes, o mesmo acontecendo com os dados que foram utilizados neste trabalho tanto do Curso de T.O da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como os da Universidade de São Paulo (USP), que são do ano de 1995.

Independente destas peculiaridades mencionadas nos parágrafos anteriores, todos os perfis curriculares de cursos de terapia ocupacional possuem três grandes eixos ou ciclos de formação relativamente padronizados. Estes ciclos são progressivos

e vão se compondo ao longo da grade curricular através de conjuntos de disciplinas afins. O primeiro ciclo é denominado de “formação geral” sendo subdividido em disciplinas da área de ciências biológicas (anatomia, fisiologia, bioquímica, entre inúmeras outras), e as da área de ciências humanas como por exemplo sociologia, psicologia, antropologia e filosofia. O segundo ciclo chamado de “pré-profissionalizante” é composto pelo conjunto de disciplinas que vão instrumentalizar teórica e praticamente o aluno de terapia ocupacional a utilizar as atividades como recurso terapêutico, entre as quais destacamos: fundamentos de terapia ocupacional, cinesiologia, dinâmica de grupo e dinâmica institucional, análise e aplicação terapêutica de atividades, e a própria aprendizagem específica das mais diversas técnicas de atividades. O terceiro ciclo nomeado de “profissionalizante” contém as disciplinas relativas às diferentes áreas clínicas, bem como a sua aplicação e intervenção na terapia ocupacional, incluindo ainda saúde pública, correntes e métodos teóricos que subsidiam estas aplicações, bem como toda a parte de estágios e/ou práticas clínicas supervisionadas. É exatamente neste último ciclo que se concentram as disciplinas relativas à área de psiquiatria e saúde mental, objeto de nosso enfoque neste capítulo.

Para fins de uma caracterização mais detalhada o QUADRO 12 nos permite visualizar globalmente os detalhes que serão discutidos e quantos deles cursaram os programas tanto de psiquiatria e saúde mental, quanto nas outras áreas.

QUADRO 12 – Caracterização dos cursos de Terapia Ocupacional e respectivos perfis curriculares dos aprimorandos no ano de 1997

INSTITUIÇÃO	TIPO	N.º DE ANOS	CARGA HORÁRIA TOTAL DO CURRÍCULO	CARGA HORÁRIA CLÍNICA DE PSQUIATRIA	CARGA HORÁRIA ESPECÍFICA DE T.O.	CARGA HORÁRIA ESTÁGIO NA ÁREA	CARGA HORÁRIA TOTAL DE PSQUIATRIA	PORCENTAGEM DE PSQUIATRIA EM RELAÇÃO AO TOTAL
PUCC	Comunitária	04	3375	60	90	250 <sup>4</sup>	400	11,85%
UFSCar	Pública Federal	04	3420	30+30 <sup>5</sup>	75	240	375	10,96%
USP	Pública Estadual	04	4695	60	150	360	570	12,44%
Fac. Educ. Física - LINS	Comunitária	04	3885	60	90	90	240	6,17%
FCM - MG	Privada	05	4305	90	180	432	702	16,3%

Passando aos aspectos mais específicos do perfil curricular podemos perceber que embora todos os cursos do estado de São Paulo tenham quatro anos de duração, o número total de horas de cada um deles é muito variável. Todos estão acima do mínimo exigido na época que eram 3240 horas. Entretanto constatamos que o número de horas do perfil da USP além de exceder em mais de 30% os demais, também está acima em aproximadamente 10% do perfil da FCM-MG que é o único desta amostra ministrado em cinco anos. Estes valores totais obviamente também se refletem nas cargas-horárias de cada uma das disciplinas do currículo como pode ser observado naquelas que escolhemos como exemplos para nossa análise.

<sup>4</sup> Este número de horas é considerado o mínimo obrigatório, uma vez que existe uma flexibilidade curricular de realizar os estágios mais de uma vez, o que pode aumentar individualmente o número de horas na área específica em questão.

<sup>5</sup> Além destas 30 horas, a maioria dos alunos cursa uma disciplina optativa oferecida pelo Departamento de Enfermagem, denominada "Saúde Mental".

Para fins de uma melhor compreensão dos seus conteúdos programáticos dividimos as disciplinas relativas à área de psiquiatria e saúde mental em três blocos como seguem:

**1-disciplinas relativas à parte clínica da psiquiatria**, abrangendo conteúdos de história da psiquiatria; teorias de funcionamento do aparelho psíquico; noções de psicologia médica; exame psíquico e entrevista psiquiátrica; psicopatologia; noções básicas das diversas modalidades de psicoterapias e psicofarmacologia. Os conteúdos relativos ao desenvolvimento da personalidade são abordados normalmente nas disciplinas da área de ciências humanas, particularmente nas diversas disciplinas da “psicologia”, sendo seu conteúdo muito eventualmente ministrado neste bloco. Apenas o conteúdo programático do currículo da USP menciona tópicos relativos à psiquiatria infantil e do adolescente. Na maior parte das vezes estes conteúdos são apenas teóricos<sup>6</sup> e ministrados por médicos psiquiatras especialmente convidados para tal fim. Vale mencionar que apesar de haver algumas diferenças em termos de carga-horária os conteúdos ministrados são bastante semelhantes.

**2-disciplinas relativas à terapia ocupacional aplicada à psiquiatria e saúde mental**, abrangendo conteúdos específicos sobre a história e desenvolvimento da terapia ocupacional na área de psiquiatria e saúde mental; as diferentes abordagens e modelos teóricos que norteiam e embasam a terapia ocupacional nesta área; métodos

---

<sup>6</sup> Quando existe algum conteúdo ou parte prática na disciplina, esta se restringe a conhecer um ou mais pacientes em situação de anamnese.

e técnicas de intervenção, de avaliação, evolução até o processo de alta/desligamento da clientela; o processo de análise e indicação de atividades e seus respectivos significados (atividades individuais e/ou grupais, grupo de atividades focais, oficinas de trabalho); processos de orientação a familiares, agências comunitárias de educação e saúde e empresas entre outros; o trabalho em equipes multiprofissionais.

Conteúdos relativos à história da loucura, conceitos de saúde e doença mental, política(s) de saúde mental, direitos e cidadania do doente mental, os diversos tipos de instituições de acolhimento e tratamento da clientela acometida das diferentes formas de sofrimento psíquico na maior parte das vezes também são ministrados neste bloco em uma ou mais disciplinas.

Os conteúdos que se referem à "psiquiatria infantil" por sua vez se acoplam às disciplinas de desenvolvimento e muitas vezes são agregados aos conteúdos de deficiência mental, e/ou transtornos de comportamento e dificuldades durante o processo de escolaridade<sup>7</sup>. Este conjunto de disciplinas é sempre ministrado por docentes terapeutas ocupacionais, preferencialmente com uma formação teórica complementar e principalmente com uma experiência clínica nesta área. Geralmente estas disciplinas comportam em torno de dois terços de conteúdos teóricos e o terço restante é prático. Esta prática pode ocorrer sob a forma de visitas e/ou estágio de observação nos setores de terapia ocupacional e nos demais serviços oferecidos à clientela de hospitais psiquiátricos com pacientes de longa permanência, ou em

---

<sup>7</sup> O conteúdo programático do curso de T.O. da FCM-MG é o único que detalha bem este aspecto.

ambulatórios de saúde mental, enfermarias psiquiátricas dentro de hospital geral, hospitais-dia, centros de atenção psicossocial (CAPS), entre outros, seja com uma clientela crônica ou com pacientes na fase aguda. Estes conteúdos teórico-práticos são o suporte mínimo necessário para o último conjunto de disciplinas que são os estágios profissionalizantes.

3-disciplinas relativas à prática clínica supervisionada, às vezes aparecendo com diferentes denominações, como estágio profissional, estágio supervisionado ou prática terapêutica em psiquiatria e saúde mental. Estas disciplinas sempre são exclusivamente práticas podendo ter sua carga horária dividida em um ou mais semestres, mas geralmente acontecendo nos dois últimos semestres do Curso.<sup>8</sup> Na maior parte das escolas elas são oferecidas conjuntamente com alguma outra disciplina exclusivamente teórica de menor duração que tem como objetivo respaldar sob outros ângulos as práticas, abordando temas como, por exemplo, ética e legislação profissional, os papéis e funções no trabalho em equipes inter, intra e multi-profissional, aspectos administrativos e de gerenciamento de serviços de terapia ocupacional. Muitas vezes as práticas clínicas são geradoras dos trabalhos monográficos de conclusão de curso.

Os locais onde estas práticas acontecem são exatamente os mesmos descritos anteriormente nas disciplinas aplicadas, de preferência sem repetir o (s) local (is) já

---

<sup>8</sup> Uma das obrigadoriedades curriculares, seja no nível nacional como internacional, se refere às práticas clínicas em terapia ocupacional que devem ter uma carga horária mínima recomendada em 1000 horas, o que corresponde a aproximadamente um terço da carga-horária total do currículo. Devem também abranger pelo menos as duas áreas consideradas como obrigatórias que são: disfunções físicas e psiquiatria/saúde mental e estas práticas clínicas sempre devem estar sob supervisão de um terapeuta ocupacional.

utilizados, para que o aluno possa vivenciar diferentes instituições e instâncias com intervenções de níveis de complexidade distintos ampliando assim seu escopo de futuras oportunidades profissionais. O diferencial das práticas clínicas está na qualidade e quantidade da atuação e responsabilidade quanto aos processos de intervenção realizados pelo estagiário, que embora o faça com autonomia, sempre estará respaldado e orientado por um terapeuta ocupacional supervisor. Não podemos deixar de mencionar que apesar de existirem padrões mínimos para os estágios, os mesmos são extremamente pulverizados, não só em função das diferentes concepções teóricas de psiquiatria e saúde mental de cada instituição, mas também em função do tipo de clientela atendida e as modalidades de intervenções recebidas pela mesma. O nível de interesse e motivação tanto do estagiário como do supervisor também refletem estas diferenças, que estão claramente ilustradas nas respostas dadas às perguntas sobre os estágios da área nas entrevistas analisadas no próximo capítulo.

Frente a estas considerações sobre as particularidades dos conteúdos programáticos e a quantidade de aprimorandos oriundos dos diferentes cursos de terapia ocupacional, que se dirigiram às diversas áreas clínicas em seus Programas de Aprimoramento (PAPs), pudemos constatar, ao menos em nossa amostra, haver uma relação apenas parcial entre o oferecimento tanto qualitativo quanto quantitativo de disciplinas curriculares e a escolha de uma determinada área de especialidade. Podemos analisar mais detalhadamente com exemplos ilustrativos, reportando-nos aos dados tanto do Quadro 9 quanto do Quadro 10, pelo menos três situações que evidenciam a não linearidade desta correlação.

A primeira é o das ex-alunas de LINS, cujo currículo é o menor em termos de carga horária percentual de disciplinas relacionadas à área de psiquiatria e saúde mental, como também o mais limitado em termos de opções de modalidades de estágio e prática clínica na área<sup>9</sup>. As quatro terapeutas ocupacionais que participaram de nossa pesquisa optaram, desde o processo seletivo até a decisão de trabalho após o aprimoramento, pela área de disfunções físicas, embora em diferentes situações clínicas, (oncologia pediátrica, terapia de mão, neurologia e hemodiálise)<sup>10</sup>. Tal fato poderia evidenciar uma forte correlação entre os conteúdos curriculares e a escolha por uma área de especialidade.

Entretanto, a segunda situação referente à aprimoranda da FCM-MG é exatamente oposta, apesar de sua opção de aprimoramento e trabalho futuro também ser na área de disfunções físicas, uma vez que seu currículo apresentou a maior carga horária total e percentual, nas disciplinas da área de psiquiatria e saúde mental, e ela ainda ter a oportunidade de uma prática clínica (curricular e extra-curricular), bastante diversificada<sup>11</sup>. Tal trajetória evidencia quase uma “anti-correlação” entre os aspectos levantados em nossa segunda hipótese no início deste trabalho.

A terceira situação se refere às quatro aprimorandas provenientes da USP, cujo conteúdo das disciplinas de psiquiatria e saúde mental e porcentagem de carga horária

---

<sup>9</sup> De acordo com as entrevistadas, todos os estágios foram realizados em uma instituição fechada, asilar, com pacientes crônicos exclusivamente, o que não era nem muito motivador ou estimulante.

<sup>10</sup> Vide respostas dadas às perguntas 15; 18; 19 e 24 da entrevista no anexo B.

<sup>11</sup> Vide respostas dadas às perguntas 7; 15; 18; 19 e 24 da entrevista no anexo B.

se aproximam das cargas horárias da PUCC e UFSCar. Todas elas optaram por programas de aprimoramento não só nesta mesma área, como três delas escolheram a mesma instituição (EPM), a quarta escolheu a FCM-RP<sup>12</sup>, que são as duas únicas instituições que oferecem PAPs de dois anos de duração. No campo da especulação, talvez pudéssemos inferir que estas terapeutas ocupacionais sentiram falta de alguns determinados conteúdos nesta área ou ainda que estivessem mais cientes da necessidade de uma formação continuada. Por outro lado nas aprimorandas que se formaram na PUCC e UFSCar, observamos que, apesar das semelhanças já constatadas, existe um equilíbrio quantitativo de cerca de 50% entre as duas maiores áreas de opções de especialidades.

Face a todas estas ponderações que não podem ser de forma alguma conclusivas e sim demonstrativas de que este é um ponto que seguramente merece ser muito mais aprofundado, buscamos alguns parâmetros na literatura e lá também constatamos lacunas sobre o assunto.

LEE, PATERSON, & CHAN (1994), discutem as repercussões da ação educativa como um todo em terapia ocupacional em relação as atitudes dos alunos de graduação frente às pessoas portadoras de deficiências. AKASHI (1998) realiza estudo semelhante com alunos do terceiro ano do curso da UFSCar, buscando identificar as representações que os mesmos têm não só das pessoas com deficiências, mas também das relações que se estabelecem entre alunos e clientela. Na área específica

---

<sup>12</sup> Vide respostas dadas às perguntas 15; 18; 19 e 24 da entrevista no anexo B.

---

de psiquiatria e saúde mental dois trabalhos australianos GILBERT (1996) e GILBERT & STRONG (1997) tentam identificar as diversas formas que os alunos de graduação utilizam para lidar com a clientela, identificando os traços de ansiedade, auto-estima atitudes e o conhecimento prévio e adquirido dos mesmos. WALLLENS & cols. (1998), pesquisam a formação atual e futura enfocando prioritariamente a prática nos contextos de saúde mental e CARVALHO (1990) propõe um conteúdo programático básico e mínimo na área para o aluno de terapia ocupacional.

Nesta última década alguns poucos autores brasileiros, terapeutas ocupacionais, têm se dedicado a estudos de currículos e/ou seus respectivos conteúdos programáticos, específicos da profissão, às vezes fazendo isto de forma comparativa ou não.

LOPES (1991), por exemplo, ao discutir aspectos da educação universitária formal em relação à trajetória histórica das profissões técnicas, utiliza-se do currículo do Curso de Terapia Ocupacional da USP como um estudo de caso, realizando uma análise ampla e detalhada sobre o processo de discussão, implantação e desenvolvimento curricular entre os anos de 1983<sup>13</sup>-87. Em suas conclusões defende uma proposta curricular alternativa em que os saberes técnico e político-histórico se correlacionam enquanto os dois blocos centrais de conhecimentos que deveriam ser transmitidos sob a forma "espiral e cumulativa", integrando a teoria à prática, para a formação dos futuros profissionais.

---

<sup>13</sup> Ano em que foi implantado o novo "Currículo Mínimo" pelo CFE, através da Resolução Nº 4, de 28/02/1983, "que fixa os mínimos de conteúdo dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional".

De uma forma bem mais genérica, porém ampliada PALHARES (1991) publicou um trabalho onde discute a formação dos terapeutas ocupacionais, a partir das propostas curriculares de três cursos de graduação (PUCCAMP, UFMG e UFSCar), após a reforma curricular de 1983. A autora parte das primeiras definições do perfil profissional e analisa historicamente as mudanças ocorridas no mesmo e a sua correlação na prática com os currículos propostos. A autora também analisa as mudanças políticas e sociais ocorridas ao longo destes oito anos, principalmente na área de saúde e aponta estas influências nas novas funções profissionais que os terapeutas ocupacionais vêm assumindo. Ao término de seu estudo aponta o que considera mais relevante para a categoria profissional: *“O estudo das relações entre a atividade humana e a saúde talvez seja a contribuição maior da nossa atividade profissional na produção de um conhecimento específico...”*(p.164), além de enfatizar algumas questões sobre a necessidade contínua de revisão do “perfil do terapeuta ocupacional”.

GARCIA (1995), por sua vez, realizou um estudo comparativo entre a teoria e a prática da terapia ocupacional realizada no Rio Grande do Sul com a de Londres, Inglaterra. Com relação aos perfis curriculares foi verificada a existência de uma semelhança em relação às estruturas dos mesmos, sendo que a diferença se dava na maior quantidade de carga-horária (teórica e prática) destinada aos conhecimentos específicos de terapia ocupacional no currículo inglês. Outra diferença identificada foi a necessidade de os terapeutas ocupacionais brasileiros buscarem mais cursos de especialização/aperfeiçoamento, do que os ingleses, logo após sua graduação. Dos trinta sujeitos de seu estudo, a maioria deles (26), realizou ou estava realizando algum

---

tipo de formação continuada, em nível de aperfeiçoamento ou especialização. Deste total de terapeutas ocupacionais 18 optaram em primeiro lugar por cursos na área de psiquiatria e saúde mental, e 06 por cursos na área de educação. Este fato, a autora explica como sendo uma deficiência ou lacuna na formação acadêmica dos terapeutas ocupacionais brasileiros<sup>14</sup> que dificultaria a entrada no mercado de trabalho e o confronto com ele.

Ainda entre os dados levantados no mesmo estudo, destacamos que dentre os profissionais habilitados à época pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-CREFITO-5<sup>15</sup>, apenas 50% deles encontravam-se no mercado de trabalho e destes 60% em atividade clínica na área de psiquiatria e saúde mental. Esta área clínica também foi o parâmetro para as comparações realizadas sobre os referenciais teóricos utilizados na prática pelos terapeutas ocupacionais entrevistados, e aos quais os mesmos se reportaram:

*“Os resultados do estudo mostraram que os modelos teóricos de terapia ocupacional referidos pelos participantes deste estudo são os modelos atualmente propostos na literatura para a área de saúde mental e ensinados na maioria das escolas”, (GARCIA, 1995, p.137).*

Um outro recente trabalho sobre esta questão é o concluído por DRUMMOND, 1999 que teve como objeto de estudo a formação de terapeutas ocupacionais graduados pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), através

---

<sup>14</sup> Garcia se refere particularmente aos profissionais gaúchos, uma vez que seu universo de pesquisa se concentrou naquele estado. (vide próxima nota de rodapé)

<sup>15</sup> No Rio Grande do Sul existe apenas um curso de graduação para terapeutas ocupacionais desde 1980, ministrado pelo Instituto Porto Alegre (IPA).

de uma análise comparativa de dois currículos sendo o primeiro de 1979, data de implantação do curso e o segundo de 1984, após a reforma curricular implantada pelo MEC. Ao discutir as formas de educação continuada, relata que entre suas colegas graduadas pelo primeiro currículo (entre 10 e 14 anos atrás), 80% delas realizaram cursos de especialização, sendo que mais de 90% destas realizaram mais de cinco cursos distintos. Entre as formadas pelo segundo currículo (até oito anos atrás), apenas 37% já realizam ou estão em processo de aprimoramento, sendo a média de um a três cursos diferentes. A autora ainda observou que os cursos buscados pelos dois grupos se relacionavam diretamente com as suas respectivas áreas de atuação e que não existe nenhuma predominância entre as mesmas.

*“A grande maioria dos profissionais que atuam com conteúdos relacionados à área de saúde mental e de psiquiatria, formados tanto pelo primeiro como pelo segundo currículos, realizaram ou realizam cursos em psicopatologia, afirmando haver uma carência desses conteúdos na formação do terapeuta ocupacional. Na área de pediatria, os depoimentos mostram que os profissionais formados pelo primeiro e segundo currículos buscam formação em cursos Bobath. Na área de reabilitação física, há uma maior formação em terapia de mão”, (DRUMMOND, 1999, p.130-131).*

Os dados encontrados nas duas pesquisas relatadas anteriormente se assemelham aos de nosso estudo, embora os universos pesquisados não tenham sido exatamente iguais, reforçando portanto a idéia de que estes aspectos não parecem ser uma questão regional e sim nacional. A necessidade de buscar uma formação continuada após a graduação, para uma qualificação profissional melhor e a possibilidade de uma colocação mais privilegiada no mercado de trabalho, bem como uma especialização em uma área específica, quer pelo maior oferecimento de oportunidades, quer pelo interesse dos próprios terapeutas ocupacionais, são bastante

semelhantes nos três trabalhos que foram realizados em um espaço temporal de pelo menos cinco anos.

Algumas outras colegas também preocupadas com a construção de nosso perfil enquanto categoria profissional única no sentido de sua especificidade, porém desempenhando várias funções ao mesmo tempo, como a prática clínica nas mais diversificadas áreas e a docência na própria terapia ocupacional, têm discutido mais amplamente questões sobre a nossa formação e identidade profissional, quem somos, e por quais caminhos seguimos e/ou eventualmente seguiremos ao longo de nossa trajetória enquanto terapeutas ocupacionais. (EMMEL & LANCMAN,1998; PAGANIZZI,1997; SOUZA,1997; e PFEIFFER,1999).

Não foi nossa intenção neste capítulo realizarmos estudos e análises semelhantes a estes últimos mencionados, uma vez que este trabalho pretendeu fazer um recorte, proposto em nossa segunda hipótese, em relação ao específico de uma determinada área clínica e suas possíveis influências na escolha desta mesma área ou não no momento da opção por uma determinada área para um aprimoramento profissional, logo após a conclusão de sua graduação. As análises dos conteúdos relatados nas entrevistas que são objeto de discussão detalhada no próximo capítulo, deixarão mais evidentes as correlações pretendidas.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas dos trinta e dois sujeitos, na sua grande maioria, foram realizadas nas próprias Instituições onde os Programas de Aprimoramento (PAPs) são oferecidos e que são os locais de trabalho dos Aprimorandos. As exceções que ocorreram foram as quatro entrevistas com as terapeutas ocupacionais que desistiram de seus programas de aprimoramento e que foram realizadas em suas respectivas residências. Todas as entrevistas tiveram entre uma hora e uma hora e meia de duração e foram realizadas em um clima de cordialidade e seriedade, embora informal, entre as partes envolvidas. Pudemos constatar que havia um real interesse pelo assunto e também um desejo de colaboração por parte de todos os aprimorandos, não tendo havido uma recusa sequer.

Para a análise de todos os elementos da entrevista foi necessária a criação de critérios, não só quanto à forma de compilação e tabulação dos dados<sup>1</sup>, como também quanto à elaboração de categorias classificatórias a partir do sentido de qualidade dado, pelos próprios sujeitos, às suas respostas ao longo de cada entrevista realizada. A título de exemplo das diferentes formas de análise realizadas, podemos mencionar as respostas dadas às perguntas do tipo: idade, sexo, escola onde se formou, data de formatura, relação de estágios efetuados, entre outras, que tiveram um tratamento mais quantitativo (embora não estatístico). Algumas destas respostas em um segundo momento foram acrescidas de um caráter de qualidade quando analisadas em comparação com às respostas dadas às perguntas mais discursivas, como, por exemplo, quais e por que, dentre os estágios efetuados, foram mais e menos apreciados. Outras perguntas tiveram uma análise eminentemente qualitativa, por terem sido formuladas de forma a permitir que os sujeitos pudessem se expressar livremente sobre um determinado assunto. O exemplo mais significativo desta forma de análise foram as respostas dadas à última pergunta da entrevista, que era totalmente aberta e solicitava aos sujeitos que se manifestassem sobre qualquer fato que estes ainda não haviam mencionado e/ou considerassem importante.

A pergunta adicional formulada apenas aos quatro sujeitos que interromperam seus programas de aprimoramento, também passou por um crivo analítico qualitativo,

---

<sup>1</sup> A íntegra da tabulação dos dados das entrevistas está registrada na forma sequencial das perguntas e compõe o Anexo B.

---

uma vez que ela se reportava a um recorte temporal da “história de vida” desses terapeutas ocupacionais.

O texto de BISWANGER (1977) com o qual nos identificamos exprime com muita clareza a forma por nós utilizada para procedermos à compilação dos dados, às análises e discussões das entrevistas:

*“O ato de interpretar já começa a partir da ordenação e agrupamento do material da experiência, de conformidade com temas racionais e coerências de sentido... A interpretação começa quando se coloca vida (anímica) no material assim ordenado, através do complemento da experiência e das conclusões na base de analogias e comparações, suposições hipotéticas e teorias propriamente ditas”, (p.47).*

Ainda sob o ponto de vista de embasamento teórico vale lembrar que não nos respaldamos em uma única linha ou corrente específica quer da área de saúde, psicologia, sociologia ou de educação tanto naquilo que se referia à formulação das perguntas como nas possíveis análises das respostas. Utilizamos diversas referências entre as quais destacamos: o modelo de análise temática proposto por MINAYO, 1992; alguns aspectos de classificações e categorizações e de análises dos conteúdos de acordo com BARDIN, 1977; LÜDKE & ANDRÉ, 1986; HAGUETTE, 1995 e KVALE, 1996.

Isto se deve ao fato de, apesar de lançarmos um olhar psicodinâmico sobre nossa prática clínica cotidiana, ao longo dos últimos vinte anos, tentamos não utilizar este referencial a priori e de forma exclusiva neste trabalho. A complexidade de tal empreitada nos levaria a um outro tipo de entrevistas e principalmente a uma distinta

---

“interpretação” das respostas, e nos distanciaria da proposta original e do objetivo deste estudo.

Entretanto não podemos deixar de mencionar um recente trabalho de LABATE & CASSORLA (1999) que consideramos ter alguns pontos de interface com o nosso estudo. O referido trabalho pesquisou as razões da escolha de profissionais da área de saúde (na sua maioria enfermeiras), em trabalharem com pacientes mastectomizadas, optando também por uma metodologia de entrevistas semi-estruturadas, porém com uma forma de análise dos dados distinta da empregada por nós. O conteúdo destas entrevistas foi estudado em três etapas, sendo as duas primeiras bastante semelhantes à nossa metodologia: a primeira, denominada de *“leituras flutuantes”*, para contato detalhado com o material; a segunda etapa foi a de *“separação e agregação de conteúdos”* para a sua categorização. A última fase deste processo é a marca diferencial com nosso trabalho: *“Por fim, tentamos formular algumas hipóteses interpretativas, tomando como base o referencial teórico da psicanálise (3ª fase)”*, (p.102). Apesar desta diferente forma de olhar para os conteúdos das entrevistas, entendemos que estas duas formas mencionadas são igualmente válidas para uma análise qualitativa de cunho mais reflexivo.

Assim sendo ao longo desta análise das entrevistas haverá na prática a utilização do recurso metodológico de se sobrepor as formas qualitativas e quantitativas conforme proposto e argumentado teoricamente no capítulo de procedimentos metodológicos. Através das respostas compiladas pudemos detectar um conjunto de

dados que serão analisados a seguir e que darão os subsídios para estudar e analisar os pressupostos por nós formulados no início deste trabalho.

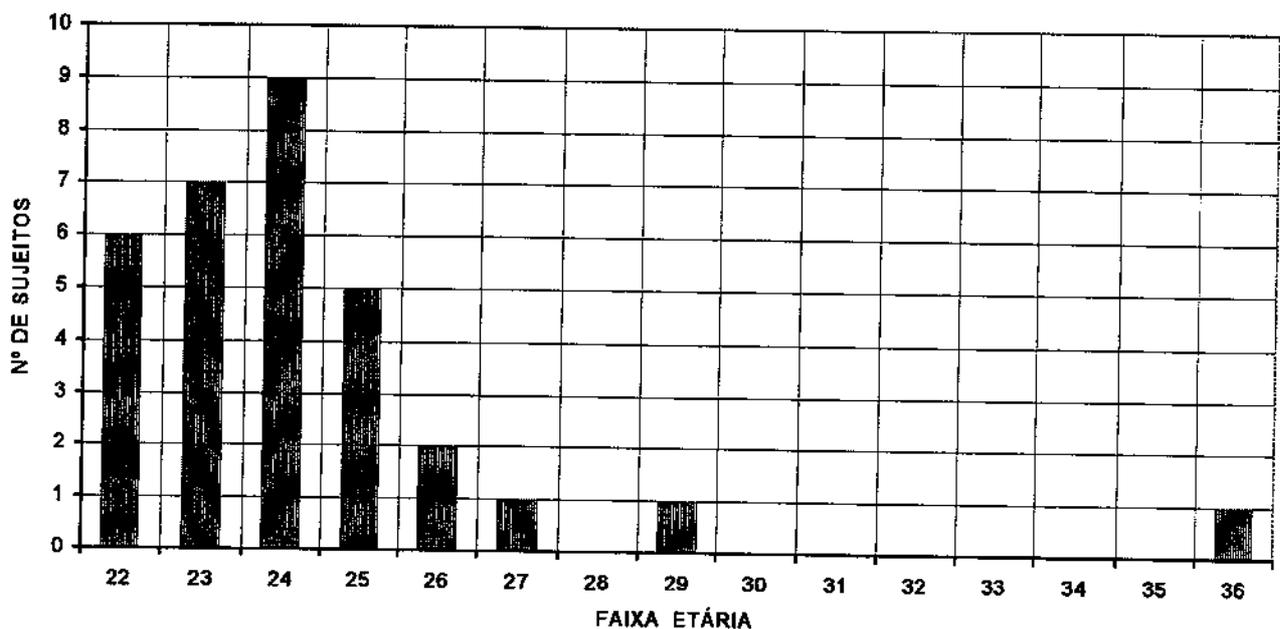
Seguindo a ordem dos três eixos de perguntas formuladas nos deteremos primeiramente no conjunto de dados pessoais de identificação que compõe as respostas da primeira pergunta.

#### P 1. Nome; idade; sexo; estado civil; número de filhos.

**NOME** Por razões éticas e de proteção à privacidade dos entrevistados os seus nomes não serão relatados, entretanto quando mencionados através de citações, estarão numerados de um a trinta e dois. O critério utilizado para a numeração foi a seqüência na qual as entrevistas ocorreram.

**QUADRO 13 – Distribuição dos Sujeitos por Faixa Etária**

IDADE	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
N.º DE SUJEITOS	6	7	9	5	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1



**FAIXA ETÁRIA** O QUADRO 13 nos mostra a distribuição dos sujeitos pelo ano de suas respectivas faixas etárias. Em relação à faixa etária os aprimorandos entrevistados oscilaram entre a idade mínima de vinte e dois anos e a máxima de trinta e seis anos, sendo que a maioria (85,2%) estava situada na faixa dos 22 aos 25 anos.

Algumas considerações são necessárias para melhor compreensão deste dado: A idade média padrão do estudante de segundo grau ao ingressar em cursos superiores neste país é em torno de 18 anos. Considerando-se que a grande maioria dos Cursos de Terapia Ocupacional tem a duração de quatro anos, é natural que um número expressivo destes formandos tenham em torno de 22 anos ou um pouco mais quando prestam exames de seleção para seus cursos de aprimoramento. Uma das sugestões formalizadas pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) é que os candidatos não tenham mais do que três anos de formados o que vem confirmar a concentração de aprimorandos na faixa etária mostrada pelo gráfico, tanto em relação aos aprimorandos de primeiro quanto de segundo ano.

Os pontos mais fora da curva de distribuição etária têm explicações bastante pessoais. A aprimoranda mais velha de idade em nossa amostra será em vários momentos desta análise um sujeito atípico da pesquisa como um todo. Trata-se de uma terapeuta ocupacional que tomou a decisão de voltar à profissão depois de um longo período sem exercê-la, como também é alguém que decidiu fazê-lo somente após uma reciclagem e atualização profissional. Para isto escolheu o Curso de Aprimoramento que é oferecido pela Fundação da Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME) nos mesmos moldes e padrões da FUNDAP, possuindo como

diferencial uma flexibilidade maior e uma não rigidez de aceitação de profissionais com relação ao tempo pós-formatura da graduação. Os dois exemplos que seguem servem como sugestão de como as profissionais lidaram com a questão de serem mais velhas que a maioria de suas outras colegas aprimorandas.

Entrevista 31 *"...Fui muito bem acolhida apesar da minha diferença de idade..., tanto pela minha experiência de vida quanto pelas experiências profissionais anteriores..."*.

A entrevistada número 13 de vinte e nove anos também tem elementos pessoais que explicam a diferença etária quanto às demais entrevistadas. Trabalhava como bancária e por esta razão entrou na faculdade mais tarde em relação ao padrão de idade mencionado anteriormente; prestou vestibular inicialmente para o curso de Fisioterapia, e por não ter sido aprovada, foi transferida para o Curso de Terapia Ocupacional, e segundo suas palavras *"... acabei gostando e não quis mudar mais ..."*. Formou-se em seis anos por ter sofrido um acidente durante a graduação.

**GENÉRO** O segundo dado nos indica a totalidade de sujeitos do sexo feminino<sup>2</sup> o que está em perfeita consonância com outras pesquisas que abrangem dados demográficos semelhantes. Parece existir comprovadamente na profissão Terapia Ocupacional esta tendência muito marcada não só no território brasileiro (GALHEIGO,1988; FERRIGNO,1990; e VITTA,1998) como também no cenário

---

<sup>2</sup> Frente a esta constatação todas as referências, daqui em diante, serão feitas no feminino quando mencionarmos o universo das entrevistadas.

internacional (SACHS & LABOVITZ,1994), também se fazendo notar na profissão médica principalmente quando se trata de escolher a especialidade clínica em psiquiatria (SLEDGE & colbs.,1987).

Esta marca do gênero feminino também se faz presente em outras profissões tanto da área de saúde quanto na área de educação reforçando a idéia da interface por onde transitam as terapeutas ocupacionais. Alguns autores de orientação junguiana também costumam usar referências mitológicas em particular a mitologia grega para explicar os diversos papéis desempenhados pelas mulheres contemporâneas, (WOOLGER & WOOLGER,1997; MONTEIRO,1998).

Os dados retrospectivos dos Aprimorandos da FUNDAP nas diferentes áreas de saúde como já explicitado anteriormente, no capítulo número seis, também apontam claramente esta tendência.

Parece existir na sociedade uma visão de que as profissões de “cuidadores”, ou as ditas “profissões de ajuda” tais como enfermagem, serviço social e terapia ocupacional, são trabalho feminino, no sentido de que a elas é designado um status menor e menos reconhecimento que aos equivalentes profissionais masculinos. A imagem da “boa mulher” é a imagem de alguém que preenche o papel social construído para ela; ela é paciente, modesta, não reclama, é de fácil adaptação, entre outros predicados. Tais predicados descritos nas antigas definições dos respectivos perfis profissionais eram considerados os “fortes” dessas categorias, e hoje em dia estes mesmos predicados são considerados as suas “fraquezas”. KIRCHBAUM (1994) ao analisar os primórdios da formação do pessoal da enfermagem psiquiátrica no Brasil

identifica estes resquícios, à semelhança do modelo de atenção francês, já no final do século passado quando se propôs a criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras:

*“... a falta de mão de obra no estabelecimento (no caso Hospício Nacional em 1890) até a chegada das enfermeiras francesas, também seria de grande utilidade para atender o problema da educação feminina, já que poderia absorver um grande contingente de ‘meninas desvalidas’, mantidas por instituições de caridade, dando-lhes condições para tomarem-se ‘criaturas úteis à pátria’ em vez de entregarem-se ao vício ou aos ‘casamentos desiguais’, (p.57).*

FRANÇOZO (1996) faz alusões bastante claras e detalhadas sobre estes aspectos na carreira de Serviço Social e ainda os associa com as influências religiosas:

*“Como profissão predominantemente de mulheres, o Serviço Social traz as marcas do feminino. Algumas das motivações da escolha são tipicamente femininas, como a busca de uma profissão de ajuda, cuidado e continência” (p.135). “Outro elemento a assinalar refere-se à influência religiosa, da Igreja Católica explicitamente, na escolha da profissão. Esta influência é identificada no ideal de ajuda, ser solidária e fazer caridade propriamente”, (p.48).*

FIGUEREDO & FERRAZ (1998) aprofundam esta discussão quando relembram os diversos sentidos etimológicos dados às palavras hospício ao longo dos três últimos séculos, e os associam às noções de caridade nas religiões católica, protestante e espírita. Segundo os autores:

*“Se, teoricamente, para os católicos a caridade é para ser praticada na relação com todas as pessoas, na realidade parece que essa virtude foi estreitando tanto seu campo, que o conceito ficou confinado às pessoas pobres ou inválidas. É difícil localizar ação considerada caritativa em outro campo que não seja esse” (p.4).*

Estes aspectos persistem até hoje na atenção às doenças em geral, que requerem cuidados hospitalares, como por exemplo nas entidades "Santas Casas de Misericórdia", e particularmente nos hospitais psiquiátricos, que em sua grande maioria seguem a orientação espírita na atenção aos transtornos mentais.

O fator "ajuda" se faz muito presente no universo das terapeutas ocupacionais, dentro de um ideário humanitário, porém não registramos neste conjunto de entrevistas nenhuma referência seja aos aspectos de caridade ou de influência religiosa. Estas associações mencionadas ainda têm repercussão, hoje em dia, no desenvolvimento destas carreiras profissionais e na situação salarial. O relacionamento entre os médicos e as profissionais de saúde tem sido comparado por alguns autores aos relacionamentos domésticos de "marido-mulher", com os pacientes representando o papel do filhos (LEAL, 1987, TAYLOR, 1995).

**ESTADO CIVIL; NÚMERO DE FILHOS** Com relação ao estado civil, do total dos trinta e dois sujeitos (32), vinte e oito (87,5%) eram solteiras e as quatro restantes casadas. Apenas duas das casadas tinham filhos à época da realização das entrevistas. Não foi possível estabelecer nenhuma correlação entre a faixa etária, estado civil, número de filhos e o tempo decorrido após a formatura.

Estes são os dados referentes ao primeiro item da entrevista que se reportava exclusivamente à identificação pessoal, e que juntamente com as duas perguntas seguintes sobre as relações familiares compõe o eixo de informações demográficas.

P 2. Alguém das suas relações familiares é profissional da área de saúde?  
Quem? Qual categoria e/ou especialidade?

P 3. Alguém de seus familiares é terapeuta ocupacional? Quem? Trabalha em qual área?

**GRAU DE PARENTESCO** As duas perguntas supracitadas diziam respeito ao grau de parentesco entre os sujeitos e os demais membros tanto da família nuclear como da família ampliada<sup>3</sup> e se os mesmos eram ou são profissionais da área de saúde. Nas respostas encontramos uma diversidade muito grande de profissões bem como de diversas áreas de especialidades dentro de uma mesma profissão como, por exemplo, na medicina. Constatamos que nenhuma entrevistada possuía qualquer grau de parentesco com pessoas da própria categoria profissional, não havendo nesta listagem de profissões a Terapia Ocupacional. Por outro lado verificamos que nove aprimorandas, o que corresponde à aproximadamente 30%, têm um membro da família nuclear que é da área da saúde, como também foi observado que vinte (62,5%) dos sujeitos da pesquisa têm pelo menos um parentesco com profissionais dessa área. Para ilustrar o dado acima desenvolvemos o QUADRO 14 de amostragem quantitativa e as diversas categorias profissionais que apareceram na amostra em relação ao grau de parentesco explicitando se pertencente à família nuclear ou expandida. Entretanto este Quadro devido aos conceitos utilizados não é adequado para uma análise mais

---

<sup>3</sup> Para fins desta categorização consideramos membros da “família nuclear” as duas gerações ascendentes. Como membros da “família ampliada”, utilizamos um critério bastante amplificado que incluiu graus de parentesco até 3º grau, e pessoas que se tornaram “familiares” através do casamento.

aprofundada, pois amplia demasiadamente o número de variáveis em termos de graus de parentescos.

#### QUADRO 14 – Grau de parentesco

FAMÍLIA NUCLEAR (12 PARENTES)		FAMÍLIA AMPLIADA (39 PARENTES)	
PARENTESCO	ESPECIALIDADE	PARENTESCO	ESPECIALIDADE
Pai (2)	Médico –1 Dentista –1	Tia e tio materno e paterno	Médico – 20 Dentista – 8 Enfermeira – 2 Psicólogo – 2
Mãe (3)	Enfermeira –1 Auxiliar de enfermagem -2	Primo e prima de 1º e 2º graus de ambos os lados	Assistente social – 1 Fisioterapeuta – 1
Irma (5)	Fonaudióloga –3 Fisioterapeuta –2	Parentescos por casamento Cunhado (a), sogro (a)	Veterinário –1 Farmacêutico –1 Estudante de medicina –1
Avô (1)	Dentista –1	Outros (noivo, ex-namorado)	Fonaudióloga –1
Avó (1)	Auxiliar de enfermagem -1		Auxiliar de enfermagem –1

Do ponto de vista qualitativo algumas das entrevistadas deram respostas sugerindo explicitamente a influência destes familiares não só na opção por uma carreira na área de saúde, no caso a Terapia Ocupacional, como também algumas destas repercutiram sobre a escolha da área de especialidade para a realização do Aprimoramento.

Entrevista 03 *“...a escolha da especialidade se deu pelo fato do meu pai ser oftalmologista e eu estar muito empolgada com meu namoro na época da seleção, que era com um residente da medicina...”*

Entrevista 04 *“...uma tia por parte de pai que é Assistente Social foi muito importante e incentivadora da minha escolha profissional...”*

Entrevista 16 *“...para a escolha da área de especialidade ninguém me influenciou, mas para continuar estudando e fazer o aprimoramento sim... tinha o modelo de cientificidade da família...”*

Entrevista 27 *“...além da minha mãe ter trabalhado 30 anos como auxiliar de enfermagem em neurologia e na maternidade... eu queria entender a razão de uma seqüela física do meu pai por virose e os aspectos emocionais que envolviam os familiares...”*

Parte das respostas a esta pergunta reaparecem mais detalhadamente nos comentários relativos à questão 22 sobre quem ou o que influenciou a escolha da área de especialidade. KIRCHBAUM (1994) e FRANÇOZO (1996) ao se reportarem sobre a influência familiar no caso de enfermeiras e assistentes sociais respectivamente, pontuam que não só os graus de parentesco têm importância, mas também esta influência se manifesta em apoio ou oposição no momento de escolha da carreira/profissão, principalmente em relação aos chamados estereótipos femininos. Este conjunto de depoimentos manifestando algum tipo ou grau de interferência, acrescidos de outros dados da literatura (FRANK & PARIS, 1987), parecem ir de encontro da terceira hipótese desta pesquisa consolidando a questão de que as influências sócio-familiares têm um peso e valor ao longo do processo de escolha e formação da futura vida do profissional terapeuta ocupacional, com eventuais influências inclusive depois da graduação.

---

A pergunta seguinte tinha por objetivo detectar quais informações prévias, além das possíveis influências familiares, que as aprimorandas tinham a respeito da categoria profissional, ao longo de sua vida até então.

**P 4. Você ou alguém da sua família e de seus conhecidos foi cuidado/tratado por terapeuta ocupacional? Em que circunstâncias? Por quanto tempo?**

As respostas dadas à quarta pergunta indicaram que treze (40,6%) dos sujeitos já tinham tido conhecimento de cuidados envolvendo a terapia ocupacional através de familiares e/ou conhecidos, sendo que os dezenove restantes (59,4%) não tinham tido nenhum contato prévio com a terapia ocupacional. Entre aqueles que já tinham tido algum contato estes variavam entre causas crônicas, genéticas, e/ou acidentes que resultaram em diagnósticos variados tais como: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Síndrome de Down, Paralisia Cerebral (PC), Traumatismo Craniano, entre outros. As pessoas acometidas por estas patologias foram submetidas a tratamentos que tiveram maior ou menor tempo de duração o que fez com que estas respondentes tivessem experiências de contato de intensidade bastante variável tanto do ponto de vista do acompanhamento dessas doenças como em diferentes fases de suas próprias vidas, que podem ter sido inclusive anteriores à entrada na faculdade ou ainda ter sido um fator de influência para a escolha tanto da carreira quanto da opção da área de especialidade.

A partir da quinta pergunta inicia-se o eixo de questões a respeito da evolução dos sujeitos em seu Curso de Graduação.

P 5. Você cursou ou está cursando algum outro curso universitário além de Terapia Ocupacional? Qual?

P 6. Em qual Instituição (nome, cidade e estado) você se formou terapeuta ocupacional? Quais foram as datas de entrada e de sua formatura?

**PROCEDÊNCIA** Em termos de procedência geográfica, temos a grande maioria (96,8%) dos Terapeutas Ocupacionais advindos de Cursos de Terapia Ocupacional do próprio estado de São Paulo, e apenas uma proveniente de outro Estado<sup>4</sup>.

Das 32 entrevistadas, apenas uma não cursou somente Terapia Ocupacional as demais (96,8%) assim o fizeram. A entrevistada 31 cursou Letras após a sua formação em T.O. A entrevistada número 05 cursou Magistério antes da Faculdade, e as entrevistadas 15 e 19 iniciaram outros cursos universitários (Computação e Pedagogia respectivamente), mas os abandonaram em um período inferior a seis meses. Três entrevistadas mencionaram transferência de um Curso de Terapia Ocupacional para outro dentro do próprio estado de São Paulo, por razões pessoais, como proximidade da moradia familiar e/ou por questões econômicas, tendo se transferido de escolas particulares para as públicas.

---

<sup>4</sup> O Quadro 11, apresentado no capítulo anterior, ilustra com comentários esta questão.

---

O tempo médio de permanência nos Cursos foi de quatro anos (68,7% dos sujeitos), exatamente o tempo mínimo previsto pelo Currículo Mínimo em vigência à época destes graduandos.

As duas exceções que ocorreram neste tempo foram a entrevistada 31 que se formou em três anos em 1983 quando ainda estava em vigor o currículo mínimo antigo e a entrevistada 04 que realizou seu Curso em cinco anos porque assim previa a sua estrutura curricular. Cinco sujeitos (15,6%), realizaram o Curso em cinco anos e três outras (9,3%) o fizeram em seis anos. Este tempo de permanência maior do que o previsto se deve a transferências entre escolas de T.O., reprovações em determinadas disciplinas e ainda a existência de pré-requisitos que acabaram atrasando o tempo de graduação.

A distribuição dos sujeitos por ano de formatura está concentrada em 1996 quando vinte e cinco dos futuros aprimorandos colaram grau, seis se formaram em 1995 e como já mencionado apenas uma se formou muito antes, em 1983.

As três perguntas que seguem são relativas ao aspecto específico das diversas práticas clínicas que cada aluno vivenciou durante a sua graduação. Todos os sujeitos realizaram ao longo desse período inúmeros estágios profissionalizantes obrigatórios, que eram distribuídos ao longo da grade curricular de cada um dos Cursos, tendo como elemento comum a quantidade de horas. Esta deveria ser 40% da carga horária total, conforme previsto pela legislação referente ao currículo mínimo aprovado em 1983 e em vigor durante o período da formação destes sujeitos (MEC,1982). Um outro fator, embora não preconizado pelo currículo mínimo, era o consenso sobre o oferecimento

de estágios diversificados nas diferentes áreas clínicas de atuação pelas oportunidades que as mesmas ofereciam tanto de aprendizagem quanto de ingresso no mercado de trabalho. Entretanto ao longo deste mesmo período, embora o Brasil ainda não fosse oficialmente filiado à Federação Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT)<sup>5</sup>, que também estabelece normas mínimas internacionais para a formação dos profissionais, já se seguia a orientação destas normas que consideram como desejável que os estágios profissionalizantes aconteçam em pelo menos duas grandes áreas de atuação: Disfunções Físicas e Saúde Mental. Estes dois elementos comuns (carga horária mínima e as duas áreas “obrigatórias”) estão presentes na totalidade dos sujeitos.

**P 7. Mencione, com detalhes, todos os estágios realizados durante o curso de graduação em terapia ocupacional. (qual área clínica, instituição, faixa etária, tempo de duração, se curricular ou extracurricular)**

**P 8. Qual foi o estágio de que você mais gostou? Por quê? Cite a(s) principal(ais) razões.**

**P 9. Qual foi o estágio de que você menos gostou? Por quê? Cite a(s) principal(ais) razões.**

No Anexo B ao final da tese (tabelas de 7A a 7D), está discriminado detalhadamente cada tipo de estágio: a modalidade (curricular ou extracurricular)<sup>6</sup>; a

---

<sup>5</sup> WFOT–World Federation of Occupational Therapists- o Brasil passa a ser membro filiado oficialmente em abril de 1994.

<sup>6</sup> Compreendendo-se curricular como estágio obrigatório e extracurricular como estágios realizados voluntariamente.

variedade por áreas clínicas e a especificidade com relação ao tipo de instituição, clientela, faixa etária, o tempo de duração e o momento de realização de todos os estágios realizados por cada um dos sujeitos da pesquisa.

Das perguntas 8 e 9 geramos a tabulação do QUADRO 15, que ilustra, através de doze exemplos retirados das respostas, estas questões, que nos pareceram ser as mais significativas quanto a preferências por determinadas áreas de estágio. Escolhemos apenas a categoria de estágios extracurriculares uma vez que são realizados voluntariamente, fato que eventualmente nos levaria a inferir que o aluno realizaria somente de novo o estágio que mais apreciou. Entretanto como se pode verificar esta inferência nem sempre é correta, conforme comentários que seguem após o Quadro 15.

**QUADRO 15 – Preferência de estágios extracurriculares em relação às áreas de escolha nos programas de aprimoramento**

ENTREVISTA	EXTRA CURRICULAR	MAIS GOSTOU	MENOS GOSTOU	PAP ESCOLHIDO
02	Disfunções físicas	Psiquiatria / Infantil	Disfunções físicas	Psiquiatria /saúde mental
04	Psiquiatria / saúde mental	Internato rural - adulto	Psiquiatria	Disfunções físicas
08	Psiquiatria / saúde mental	Física / Saúde Mental	Deficiência mental	Psiquiatria /saúde mental
10	Disfunções físicas	Psiquiatria/Infantil	Terapia de mão	Psiquiatria /saúde mental
13	Disfunções físicas	Pediatria / creches	Psiquiatria	Disfunções físicas
14	Disfunções físicas	Meninos Rua / Casa	Múltiplas Defic.	Psiquiatria /saúde mental
17	Disfunções físicas	Todos / Centro Saúde	Física Infantil	Psiquiatria /saúde mental
19	Disfunções físicas	Disfunções físicas	Progem	Disfunções físicas
27	Psiquiatria / saúde mental	Todos / Centro Saúde	Física Infantil	Psiquiatria /saúde mental
29	Psiquiatria / saúde mental	Saúde Mental	Síndrome de Down	Psiquiatria /saúde mental
30	Disfunções físicas	Disfunções físicas	Deficiência mental	Disfunções físicas
32	Psiquiatria / saúde mental	Saúde Mental	Dist. Aprendizagem	Disfunções físicas

Quanto ao estágio curricular na área de Disfunções Físicas, podemos constatar que sete sujeitos o fizeram novamente enquanto estágio extracurricular, e seis sujeitos fizeram o mesmo na área de saúde mental. É interessante observar que a entrevistada número 04 é a única que fez os dois tipos de estágio nas duas áreas distintas apesar de Psiquiatria/Saúde Mental ter sido o estágio de que menos gostou “...acho a clientela um pouco pesada...”. “...tive um problema de resistência com a docente /supervisora...”.

Parece-nos oportuno apontar que neste grupo de doze aprimorandas selecionadas também constatamos um equilíbrio entre as repetições de estágios por área e a escolha final da área do PAP. Das demais entrevistadas, cinco não realizaram estágios extracurriculares nas áreas de disfunções físicas e/ou psiquiatria, e as restantes (quinze), ou realizaram estes estágios em outras áreas que não as duas citadas ou não expressaram comentários tão relevantes quanto às selecionadas que nos permitissem fazer qualquer tipo de associação mais direta entre o estágio realizado voluntariamente e a sua possível influência na escolha de área de especialidade quando da opção de um programa de aprimoramento.

Além dos aspectos supracitados com relação aos estágios curriculares nas áreas obrigatórias estas mesmas tabelas nos mostram a quantidade e a diversidade dos estágios curriculares obrigatórios nas demais áreas e os extracurriculares realizados pela grande maioria dos sujeitos (93,7%), sendo que apenas dois sujeitos não realizaram nenhum estágio extracurricular.

Nestas duas outras categorias de estágios aparecem com bastante frequências áreas clínicas tradicionais como atuação em Deficiência Mental, geralmente realizados

---

nas APAEs de diferentes cidades, principalmente no interior do Estado, pois estas Instituições sempre foram um forte agente empregador de terapeutas ocupacionais. Também aparecem muitas outras instituições, majoritariamente de caráter filantrópico, que dirigem sua assistência à clientela infantil portadora tanto de patologias específicas (APAM-Associação de Pais e Amigos de Mongolóides, ou ADACAMP-Associação dos Autistas de Campinas), como instituições de atendimento a Múltiplas Deficiências (CEI-Centro Especial de Integração, ou CIAD-Centro Interdisciplinar de Atenção ao Deficiente).

Duas autoras terapeutas ocupacionais, dedicaram pesquisas recentes a alguns aspectos da questão da atuação da terapia ocupacional nas áreas mencionadas acima. VITTA (1998) buscou saber dos profissionais de T.O. do Estado de São Paulo que atuam com a criança com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM) suas opiniões acerca da profissão, da prática e da formação. Em seu estudo explicita que o trabalho com crianças com problemas de RDNPM é considerado tanto pelos T.Os. quanto pelos outros profissionais como *"...uma área de menor domínio da profissão"* (p.15), se comparado com as áreas de saúde mental e disfunções físicas. Em suas conclusões aponta: *"Os profissionais ressaltam que para melhorar o desempenho profissional dos terapeutas ocupacionais na área é necessário uma melhor formação nas universidades, maior ênfase na área infantil..."* (p.80). GARCIA (1999) realiza um estudo sobre a percepção da prática tanto clínica quanto educacional da terapia

ocupacional, na “Escola Especial”<sup>7</sup>, por parte dos próprios terapeutas ocupacionais e por alguns membros que compõem as respectivas equipes multidisciplinares, tais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e monitor de oficinas. A partir da análise das entrevistas realizadas com estes profissionais e a categorização das respostas por temas a autora chega a algumas conclusões, que de certa maneira se contrapõem à compreensão de que esta seja uma área clínica tradicional, ao afirmar que:

*“...estas áreas de atuação, a educação infantil e o ensino itinerante, são novas para a prática da T.O., e principalmente esta última promissora na Educação Especial...” (p.36). “A área de educação infantil parece ser a mais nova no campo de atuação da T.O... É uma área intimamente ligada à Educação Especial, uma vez que trabalha a integração da criança portadora de deficiência na escola regular...”(p.68).*

*“Apesar de contribuir com a compreensão da prática da T.O. na área, o presente estudo revelou também uma lacuna na formação dos profissionais com relação à Educação Especial. A insuficiência de conteúdos voltados para a área nas disciplinas de graduação e nos estágios foram informações marcantes nas respostas das participantes” (p.72). “Conhecimentos específicos com relação ao processo educacional de crianças portadoras de deficiência e mesmo as denominadas “normais”, legislação, história e panorama da Educação Especial no Brasil não fazem parte do currículo de formação da terapia ocupacional” GARCIA,1999, p.75).*

Apesar de as considerações da autora supracitada estarem corretas quanto ao aspecto das diversas lacunas nesta área nos currículos de terapia ocupacional, nos parece oportuno lembrar os novos conceitos que têm surgido nesta área como a “educação inclusiva”<sup>8</sup>, que também terão a necessidade de ser incorporados aos conteúdos programáticos das reestruturações curriculares. Ainda é previsível que a

---

<sup>7</sup> Nome dado às Instituições que se destinam à Educação Especial de pessoas que apresentam algum tipo de deficiência (física, mental e/ou sensorial) e que necessitam de atenção pedagógica especial.

<sup>8</sup> A “educação inclusiva” pressupõe a participação do aluno deficiente não mais em escolas especiais e sim em escolas padrão, mas com uma atenção pedagógica complementar nas suas dificuldades mais específicas.

---

curto prazo deverá se criar um outro espaço para os terapeutas ocupacionais no mercado de trabalho mais vinculado à área de educação do que propriamente à saúde.

Quanto às áreas mais recentes de atuação e também como futuras opções de campo de trabalho podemos notar estágios vinculados a projetos de atuação na área agora novamente nomeada de “social”<sup>9</sup>, tais como trabalhos com Meninos de Rua, em Brinquedotecas, em Centros de Convivência-CECCO, que atendem a uma clientela com problemáticas diversas, de diferentes faixas etárias e que normalmente é dessasistida pelas agências tradicionais de atenção à saúde e/ou educação.

Por outro lado também observamos a busca de estágios em novas áreas de atuação clínica, tais como transplantes de medula óssea-TMO, hemodiálise e oncologia. Algumas outras áreas que já apareciam com uma certa constância como Geriatria/Gerontologia, Deficiências Sensoriais, trabalhos em creches se mantêm, porém em menor escala e às vezes com uma nova proposta prática ou enfoque teórico.

Especificamente, nos estágios extracurriculares, ainda estão presentes alguns trabalhos que envolvem terapeutas ocupacionais e seus alunos em atividades de pesquisa, iniciação científica, monitorias, que poderiam ser qualificados de estágios preparatórios para a docência em Terapia Ocupacional. Pensamos ser este um campo

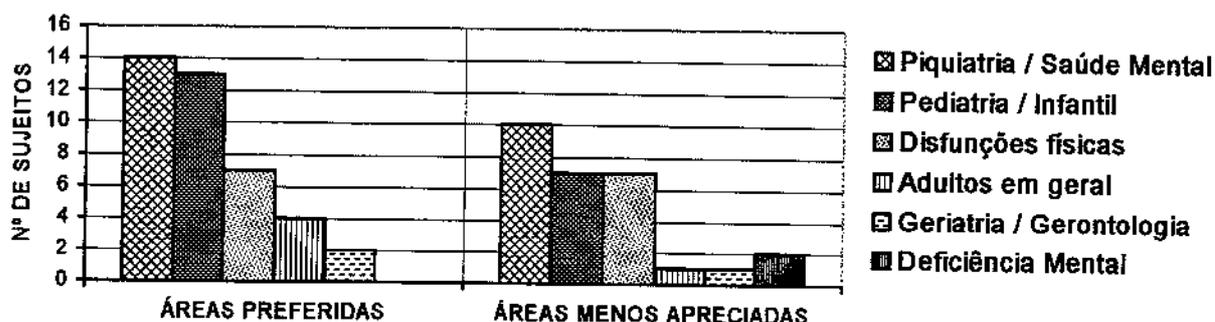
---

<sup>9</sup> Por muitos anos denominou-se de “social” todas as outras áreas em terapia ocupacional que não fossem eminentemente clínicas. Tal forma de denominação gerou equívocos de nomeação nas formas de atuação e intervenção de natureza mais preventiva ou de promoção de saúde em locais e/ou instituições que não atendiam a pacientes, mas sim a clientelas “menos acometidas de doenças específicas”.

promissor do nosso mercado profissional uma vez que a quantidade de cursos de graduação está se ampliando de forma bastante veloz.

Para visualizarmos melhor as respostas ainda dadas a essas duas questões (número oito e nove) sobre os estágios que o aprimorando preferiu e aqueles de que menos gostou durante a sua formação, elaboramos de forma sintética o QUADRO 16.

QUADRO 16 – Número de sujeitos relativo às preferências por áreas clínicas ao longo dos estágios



Chama a atenção o fato de a área de psiquiatria e saúde mental aparecer em primeiro lugar em ambos os casos. Esta mesma tendência se repete na área de pediatria/infantil só que em uma escala menos intensa, quase reduzida à metade, em termos de estágio menos apreciado, o que eventualmente pode ser entendido como uma contraponto com outra área, genericamente denominada de adultos que aparece em 4º lugar entre os mais apreciados. Na área de disfunções físicas observamos um equilíbrio entre a quantidade de estagiários que gostaram e não gostaram de seus respectivos estágios.

As respostas dadas sobre quais seriam as razões que levaram os então estagiários a gostarem ou não do estágio em uma determinada área são indicativas das opções que fizeram no momento de escolher as suas áreas para cursar os Programas de Aprimoramento.

Os próximos exemplos se referem aos estágios mais apreciados (pergunta 8) e aos que elegeram a Psiquiatria como o estágio de que mais gostaram e acabaram realizando seu Aprimoramento exatamente nesta área.

Entrevista 02 *"...me apaixonei pelo trabalho de lá. Foi o estágio que mais aprendi, fui muito bem acolhida no grupo de culinária e na supervisão de equipe... Adoro crianças, gostaria de associar isto à psiquiatria infantil"* (estágio no Hospital Cândido Ferreira). Quanto a entrevistada em particular não podemos deixar de mencionar que o seu segundo estágio mais apreciado foi o de área infantil, o que aparece de forma bem clara em seu discurso. Ainda ressaltamos o aspecto da importância da boa experiência pessoal no sentido da "paixão", e do sentimento "acolhimento" que é pertencer a algum grupo de referência que se considera importante.

Entrevista 07 *"...não queria a área de jeito nenhum, tinha preconceito. A supervisora serviu como modelo e foi um investimento, descobri afinidade e atração"* (estágio no Hospital-Dia, Itaim). Este exemplo ilustra mais uma vez dois aspectos sempre mencionados na literatura, a questão do "preconceito" com relação à área de

psiquiatria e saúde mental e a forma de superação do mesmo através de um “modelo de profissional”<sup>10</sup> com o qual o sujeito se identifica e se sente bem amparado para suportar e superar as idéias preexistentes e ser capaz de colocar uma percepção oposta neste espaço mental, como “afinidade e atração”.

Entrevista 10 *“Percebia mais motivação, disposição para ler e estudar, de estar com os pacientes. Sentia que o mínimo que fazia dava muita coisa para o paciente. Foi onde consegui juntar o pessoal com o profissional”* (estágio no Hospital-Dia, Botucatu). Parece-nos que esta entrevistada consegue de forma bastante explícita sentir-se totalmente integrada naquilo que estava realizando, e de certa modo reproduzindo esta busca natural dos seres humanos. Poderíamos eventualmente pensar que a própria área de psiquiatria ao lidar com pacientes psicóticos, busca a integração das “partes cindidas da mente”, sendo este fato então um facilitador ou uma qualidade desta área específica.

Para cada uma das citações acima, bem como para as demais que seguirão poderíamos especular ainda mais sob o ponto de vista interpretativo, dentro das variadas tendências teóricas, mas tal forma de compreensão nos levaria a uma amplitude e infinitude de possíveis explicações. Por isso optamos por realizar os recortes que nos pareceram mais relevantes ao presente trabalho, tendo o cuidado e a

---

<sup>10</sup> Tanto o aspecto do “preconceito” quanto do “modelo” estão referenciados teoricamente no capítulo 2 de Revisão da Literatura, no início do presente trabalho.

---

clareza de que estas não são as únicas possíveis percepções desta problemática, e também oportunizando perspectivas futuras de novos estudos.

Exemplos de estágios realizados na área de Disfunções Físicas que, por terem sido mais apreciados, determinaram a escolha do Curso de Aprimorando nesta mesma área.

Entrevista 20 *“Apesar da pouca supervisão foi o que eu mais gostei, lidava com muitos pacientes e patologias diversas. Era pouca T.O. para muitos pacientes..., tinha que ir atrás e dar conta”* (estágio no Instituto de Ortopedia e Traumatologia-H.C.FMUSP).

Entrevista 25 *“...me identifiquei com a clientela e as patologias, principalmente A.V.C... os dispositivos e adaptações influenciam nos resultados obtidos no tratamento”* (estágio no Ambulatório de Adultos da PUCC ).

Entrevista 30 *“...gosto de ortopedia, neuropediatria e neonatos. São tratamentos que se vê resultado a curto prazo”* (estágio na Clínica Dom Bosco-Lins).

As respostas dadas pelas três entrevistadas possuem alguns identificadores comuns. O primeiro deles tem a ver com uma certa objetividade das intervenções que apresentam resultados mensuráveis e muitas vezes satisfatórios do tratamento. O segundo, diretamente relacionado ao anterior, tem a ver com o sentido prático/funcional do cotidiano dos indivíduos quando se fala da importância dos “dispositivos e adaptações” como meio auxiliar, porém fundamental na recuperação. E o terceiro aspecto que chama a atenção é como em todas as falas são mencionadas patologias

ou sub-áreas bastante específicas, o que faz um contraponto com as falas das aprimorandas que optaram pela área de psiquiatria e saúde mental em que esta especificidade de quadros e doenças não aparecem.

As respostas dadas à pergunta 09, ilustram os mesmos aspectos que estamos discutindo, porém de forma oposta, ou seja, como os estágios menos apreciados foram determinantes para a não escolha da própria área e sim de uma outra. Os quatro primeiros exemplos se referem a estagiárias que não gostaram de seus respectivos estágios em diferentes áreas e optaram pelo Aprimoramento em Saúde Mental.

Entrevista 01 *“...não me identificava muito, achava muito mecânico, embora me mobilizasse muito. Não conseguia ler um livro sobre o assunto até o fim”* (estágio no Ambulatório de Adultos da PUCC com Disfunções Físicas).

Entrevista 08 *“Não gostava do modo teórico-prático de funcionamento..., enfocava pouco a deficiência e mais o lucro..., a clientela era muito abandonada...”* (estágio na Oficina Abrigada de Trabalho-OAT, com deficientes mentais adultos).

Entrevista 09 *“...dá um negócio trabalhar com velho...”* (estágio no NAPES<sup>11</sup>- São Carlos em Gerontologia).

---

<sup>11</sup> NAPES Núcleo de Atenção e Pesquisa em Saúde, clínica-escola que funciona em regime ambulatorial para suporte das atividades de ensino, pesquisa e extensão prestando assistência à comunidade local e regional sob a forma de intervenções nas diversas áreas de especialidades da terapia ocupacional.

---

Entrevista 10 *“Gostava da equipe, do local, mas não gostava da ‘técnica’, não me sentia bem fazendo tanta repetição,... confundia-se com o trabalho do fisioterapeuta...”* (estágio de Terapia de Mão em Botucatu).

Esta série de exemplos nos parece auto-explicativa na medida em que as experiências foram tão diversificadas e para cada uma delas o arrazoado é bastante específico, além de suficientemente determinante para as modificações de escolha de área que se seguiram.

Os trechos seguintes retirados das entrevistas ilustram experiências não satisfatórias nos estágios de Psiquiatria e Saúde Mental. As estagiárias acabaram optando por outras áreas na escolha de seus Programas de Aprimoramento (PAP) que imaginavam ser mais gratificantes.

Entrevista 03 *“...tinha pavor, não curto a área, fico em qualquer uma menos nessa..., acho triste, fiquei abalada com os pacientes institucionalizados...”* (estágio no Hospital Cândido Ferreira, PAP com deficientes visuais).

Entrevista 05 *“Não gostei muito de psiquiatria, fui bem no estágio, mas não voltei..., nunca fui ao Cândido. Acho saúde mental importante mas não consigo ver a clientela”* (estágio na Unidade de Psiquiatria de Urgência-UPU-Campinas, PAP em Disfunções Físicas).

Entrevista 16 *“Nunca foi minha área de preferência. Tenho dificuldade de lidar com este tipo de pessoas..., fiquei mal na hora de fazer estágio, mas tive influência*

*positiva da supervisora. Não vejo um retorno como na reabilitação física*” (estágio no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital do Mandaqui, PAP em Disfunções Físicas).

Entrevista 24 “... *tinha medo da clientela, ...tive uma experiência de ‘emergência’, vi uma colega apanhando...*” (estágio na Unidade de Psiquiatria de Urgência-UPU-Campinas, PAP em Disfunções Físicas).

Novamente podemos notar e desta vez mais marcadamente a questão dos temores e fantasias de “agressão” que a área de psiquiatria provoca. Há desde o clássico mal-estar de ter que permanecer “internado” junto com o paciente quando se trabalha em instituições fechadas, até as perspectivas de intervenções bem sucedidas e a possibilidade de ver resultados concretos e “palpáveis”, principalmente se comparada a outras áreas. No caso destes exemplos selecionados isto se consolida com a maioria das escolhas tendendo para a área de disfunções físicas. Este fenômeno também é freqüentemente observável em sala de aula quando se iniciam as disciplinas correlatas à psiquiatria e durante os primeiros contatos dos alunos com a clientela de psicóticos e/ou crônicos, institucionalizados ou não.

As três perguntas subseqüentes (perguntas 10,11 e 12) tentam obter elementos indicativos sobre os momentos, do ponto de vista temporal em relação às subdivisões curriculares, das opções e eventuais mudanças nas escolhas das áreas de especialidades clínicas.

---

P 10. Em que momento você fez sua opção por uma área de especialidade em terapia ocupacional?<sup>12</sup>

Uma parcela um pouco maior que 50%, (dezessete sujeitos) já tinha uma idéia de área preferencial antes de entrar no Curso, enquanto que nove sujeitos (28%) tomaram esta decisão imediatamente após a entrada no mesmo. Estas escolhas estavam muito mais centradas em um grupo populacional, dentro de uma determinada faixa etária como a infância, do que em áreas clínicas propriamente ditas. Deste conjunto de 26 sujeitos, que ao entrar na faculdade supostamente já tinha uma definição, treze escolheram a "deficiência mental" (não exatamente como uma patologia ou área de atuação), mas sim como tendo a preferência e a vontade de trabalhar com crianças de alguma forma deficientes, fato este que atribuímos a um conhecimento prévio de vivências cotidianas, que advém do senso comum. Doze elegem a área infantil/pediatria. Apesar destas porcentagens bastante altas de "certezas" nas opções logo no início do curso, parece-nos interessante observar que aproximadamente 2/3 destes então alunos fizeram uma ou várias modificações quanto às escolhas, conforme descrito na tabela correspondente às respostas à pergunta 12 no Anexo B.

Os ciclos de disciplinas básicas tanto da área biológica quanto da área de humanas<sup>13</sup> não são tão determinantes, sendo apontados por seis sujeitos (18%) em cada uma das áreas como tendo influenciado as opções de escolha de área clínica.

---

<sup>12</sup> No roteiro da entrevista (Anexo A), havia um quadro indicativo sobre os diferentes momentos de início ou conclusão de grupos de disciplinas afins de acordo com a descrição deles no capítulo 7 de análise dos currículos.

<sup>13</sup> Ciclos também já mencionados no capítulo 7.

---

Neste ciclo continuam a predominar as mesmas áreas anteriores acrescidas das áreas de disfunções físicas e saúde mental em menor escala.

Nos ciclos curriculares seguintes, o das disciplinas pré-profissionalizantes e o das disciplinas aplicadas, existe um domínio de aproximadamente 60% de interesses manifestos pela área de disfunções físicas e de 20% pela de saúde mental. Entretanto estas tendências se modificam muito, quando os alunos iniciam seus estágios profissionalizantes e principalmente no decorrer dos mesmos enquanto vão acumulando experiências nas diferentes áreas. Pudemos constatar que a diversidade de opções se amplia, bem como passa a existir uma propensão de em torno de 40% para a área de saúde mental/psiquiatria, que é imediatamente seguida pela área de disfunções físicas, permanecendo as demais áreas bastante dispersas.

**P 11. Qual foi a sua opção de área de especialidade? Por quê?**

Esta pergunta se referia à primeira opção de escolha de área de especialidade ao longo dos diferentes momentos do Curso. Observamos que o maior contingente de sujeitos (28,1%) não fez nenhuma escolha definitiva. A primeira tendência observada foi a escolha de 21,8%, o que corresponde a sete sujeitos, pela área de psiquiatria e saúde mental, seguidos por 12,5% de escolhas pelas áreas de pediatria/infantil, de neuropediatria e de deficiência mental, representados por quatro sujeitos em cada uma delas respectivamente. As duas áreas que aparecem representadas em menor escala são disfunções físicas adultos (ortopedia e reumatologia) com 9,3%, correspondendo a três sujeitos, e por último a opção pelo trabalho com pacientes terminais com a opção de um sujeito apenas, o que representa 3,2% da amostra total.

Ilustramos cada uma das opções com comentários feitos durante a entrevista na mesma seqüência em que foram relatados no parágrafo anterior. Na categoria de nenhuma opção de escolha de área a maior parte das respostas foi simplesmente dizer “nenhuma”, sem outros comentários a respeito.

Entrevista 14 “... não fiz nenhuma opção, apesar de ter dicas dos professores do Curso para fazer psiquiatria, porque tinha jeito...” Aqui se coloca a questão do que supostamente deveria ser o “ter jeito para a psiquiatria”. Será realmente que quem opta por esta área de trabalho deve possuir um talento ou características especiais? Na literatura encontramos referências a este aspecto.

Na escolha pela área de psiquiatria/saúde mental, entretanto, já pudemos coletar alguns comentários a respeito dessa primeira opção.

Entrevista 02 “Primeiro achei que a disciplina de T.O. foi precária. Ao longo do estágio em saúde mental no Cândido fiz a monografia “Oficina como recurso terapêutico em saúde mental”, e para isto tive que fazer pesquisa de campo, entrevistei as T.Os. e foi legal. Me ajudou a definir a área”.

Entrevista 11 “Sempre gostei de trabalhar com questões expressivas e a saúde mental me proporcionava isto facilmente”.

As falas anteriores parecem corroborar as considerações com relação às possibilidades mais amplas de trabalho que a área oferece, bem como a sua interface com outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, as artes em geral. Especificamente sobre o exercício da criação e a possibilidade expressiva, em todas as

áreas e mais particularmente na área de saúde mental GIGLIO, (1994) acredita que a Arte por não ter intrinsecamente a finalidade prática possibilita a re-humanização do homem. *"É um dos raros momentos em que a pessoa pode exercer sua liberdade e sua criatividade de forma plena"*, (p.22). Tal liberdade artística permite ao indivíduo projetar suas imagens do mundo interior na sua produção expressiva, que no caso do lidar com pacientes psicóticos abriria possibilidades dialógicas, e relembra também o uso da Arte enquanto recurso terapêutico desde a antigüidade.

Ainda se coloca a questão da curiosidade e um certo mistério e por conseqüência o desafio que esta área cultiva, em especial em uma população de jovens recém-saídas da adolescência como são os sujeitos de nossa amostra.

Nas três áreas que seguem é onde encontramos a maior quantidade de observações por parte dos sujeitos. Podemos considerar que elas têm em comum a faixa etária dos neonatos até a adolescência.

Entrevista 07 *"... gostava de criança, de trabalhar a relação da mãe com o bebê..., acho que é um interesse mais pessoal..., com a vida"*.

Entrevista 15 *"Eu sempre ia em uma escola infantil da minha tia..., tinha fascínio por crianças, facilidade de lidar com elas fora do profissional..., me dei bem nos estágios porque já tinha afinidade"*.

Entrevista 16 *"Como fiz magistério antes, sempre me interessei pelos alunos com problemas..., fiz estágios na APAE na área pedagógica e nas oficinas"*.

Entrevista 20 *"...é mais mágico trabalhar com crianças, eu tinha curiosidade..."*

Na área de disfunções físicas adultos, também houve comentários bastante específicos sobre as razões da primeira escolha, novamente aparecendo, além da questão do gostar e querer, os aspectos dos resultados imediatos e promissores do tratamento.

Entrevista 04 *“No meu estágio de terapia de mão, era onde eu via as coisas acontecerem, o paciente chegava de um jeito e saía de outro”.*

Entrevista 32 *“ Esta era a área que mais me interessava e onde eu queria trabalhar”.*

Com relação à particularidade do trabalho com pacientes terminais a entrevistada 24 relata que desde o 3º ano queria trabalhar com TMO ou no Centro Boldrini, onde lhe foi oferecido estágio como voluntária.

P 12. Você modificou sua opção ao longo do Curso? Se sim, quando e por qual razão?

As respostas dadas à pergunta 12 encerram o eixo de perguntas sobre as opções de área ao longo da formação destes futuros profissionais e indicam que vinte deles (62,5%) modificaram pelo menos uma vez a sua opção durante o curso de graduação.

Entrevista 17 *“Minhas opções eram várias ao longo dos estágios, vislumbrei várias possibilidades e descobri que o que eu queria mesmo era saúde mental”.*

Entrevista 26 *“...durante o meu estágio na CASA<sup>14</sup>, eu percebi que havia uma abertura para poder atuar de vários modos, mais livre..., lá eu percebi o valor terapêutico das ações do cotidiano, e do grupo lidar com as atividades..., pude me aproximar de outros referenciais teóricos”.*

Entrevista 28 *“Acho que ampliei minhas opções no último semestre do 4º ano, tomei consciência que me identificava com saúde mental, até então era a pediatria. Só percebi e dei nome às coisas depois do estágio no Corsini (oncologia). Gosto de Saúde Mental não de Psiquiatria, penso em unir tudo isto com crianças e adultos...”.*

Estes três últimos exemplos já revelam um discurso mais amadurecido, frases ditas com maior segurança e certezas, tanto das escolhas quanto das razões das mesmas. A questão da diferenciação dos modelos teóricos que coexistem dentro da própria clínica, os conceitos e as ações que diferem a psiquiatria da saúde mental se fazem presentes e de certa forma são ratificados nas falas.

Dois sujeitos (6,2%) tinham mais de uma opção neste período, consideraram que “mudaram, mas não mudaram de fato” uma de suas opções, que apenas consolidaram a mais proeminente. Novamente podemos constatar o peso que a “descoberta da mente” exerce sobre as decisões da opção.

---

<sup>14</sup> Instituto A Casa, hospital-dia que atende a pacientes psicóticos edominantemente na faixa etária adulta.

Entrevista 02 *“Meu impasse entre psiquiatria e pediatria caminharam juntos até o final do Curso, mas tinha muita vontade de estudar a psiquiatria, um fascínio de querer saber mais”.*

Entrevista 10 *“Mudei de área física para saúde mental a partir do estágio”.*

Dez sujeitos (31,2%) não modificaram suas opções com relação à escolha de uma área de especialidade clínica ao longo de toda sua formação em terapia ocupacional.

Entrevista 20 *“... fiquei na infantil, o motivador foi sempre gostar de crianças”.*

Entrevista 21 *“Não mudei porque sempre foi a psiquiatria”.*

O último eixo de questões se refere exclusivamente aos aspectos relacionados com o Aprimoramento. O porquê da decisão de continuidade de estudos através desta modalidade e quando esta opção se fez necessária foram as primeiras perguntas feitas aos sujeitos. Embora originalmente formuladas em duas perguntas distintas as questões 13 e 14 foram respondidas como sendo uma só por todos os aprimorandos. À época das entrevistas-piloto não havíamos detectado esta eventual duplicidade de compreensão, entretanto as respostas da pergunta 13 automaticamente incluíram as respostas que poderiam ser dadas à pergunta 14 apontando uma certa complementaridade dos fatos. Para fins da compilação e análise aqui proposta compreendemos as respostas dadas às duas perguntas mencionadas da seguinte forma:

P 13 e P 14. Quando e por que você decidiu continuar sua capacitação, especificamente escolhendo um Curso de Aprimoramento?

As respostas indicaram uma unanimidade por parte dos sujeitos na decisão da necessidade de complementar sua formação acadêmica básica. Do total dos sujeitos, onze (30%) não responderam sobre quando sentiram esta necessidade.

Entrevista 06 *“Os estágios não foram suficientes, só me sentia parcialmente preparada, eu não queria entrar em qualquer clínica ou hospital, ‘cair no mundo’. Queria uma formação mais clínica em um ambiente protegido”.*

Entrevista 14 *“... me achava ‘crua’ para lidar com todo e qualquer tipo de clientela. O aprimoramento era o que eu conhecia e era específico de T.O., não tinha mestrado na área..., também pensei no aspecto financeiro porque não tinha emprego.”* Nesta fala aparece explicitamente o “quase inconfessável” pensamento de várias aprimorandas, que é o fato de os PAPs serem de fato uma alternativa de emprego temporário, imediato, com a possibilidade de ganho, (ainda que ínfimo) e também além, é claro, do discurso corrente da capacitação como possibilidade de uma melhor colocação no mercado de trabalho futuro. Este tipo de discurso também irá reaparecer na fala das duas entrevistadas que optaram por trabalhar, logo após a formatura, antes de cursar um programa de aprimoramento.

Entrevista 21 *“... optei por trabalhar primeiro por razões financeiras, quando me formei já tinha emprego..., eu tinha vontade de fazer aprimoramento pois faltavam*

---

*diversos aspectos na minha formação que foi geral demais..., me senti com falta de segurança”.*

Entrevista 31 *“... estava me sentindo sozinha como T.O., pois morava numa cidade pequena e longe..., fiquei muito distante e queria retornar, ver coisas novas e ir me especializando”.*<sup>15</sup>

A premência de continuação dos estudos foi detectada por catorze sujeitos (44%) entre o final do 3º ano e ao longo do último ano, sempre se estabelecendo uma correlação entre o desenvolvimento dos estágios em curso e a percepção de que a aprendizagem ainda era insuficiente.

Entrevista 12 *“No final do meu estágio profissional na pediatria, me senti insatisfeita com a parte técnica e os recursos (terapêuticos)..., o aprimoramento ia oferecer esta oportunidade e eu também veria outras áreas e aí é que iria escolher”.*

Entrevista 18 *“... percebi no final do último estágio, eu queria continuar estudando sistematicamente, mas não me sentia pronta para um mestrado, faltava prática e vivência,... queria a vinculação da teoria com a prática mais o ensino.”*

Entrevista 22 *“Em setembro antes de me formar fui ao Congresso Europeu (Terapia Ocupacional) em Barcelona e lá vi meus ‘mitos’ (docentes de outro Curso de*

---

<sup>15</sup> A entrevistada 31 se formou muitos anos antes de haver programas de capacitação “formal” destinados a terapeutas ocupacionais.

T.O.), e percebi quanto elas estudaram e se capacitaram. Aí quis estudar mais e achei que só a faculdade é insuficiente”.

Estes relatos, embora já elaborados pelo menos um ano atrás pelas entrevistadas, revelam que ao final do curso de graduação parece haver uma crítica bastante real das necessidades teórico-práticas que faltam. As aprimorandas parecem vislumbrar possibilidades a partir dos modelos de professores e supervisores que tiveram ao longo do estágio e que podem lhes oferecer ainda mais, e dessa forma suprir as lacunas identificadas.

Três sujeitos (10%) apontaram o mesmo fator mencionado anteriormente em relação à graduação como um todo e responderam que sempre tiveram a necessidade de uma complementação.

Entrevista 05 *“Sempre gostei de estudar e acho importante me manter assim. Pretendo continuar fazendo outra especialização, mestrado ou ir para o exterior. Fui atrás do aprimoramento porque queria mais prática, treinamento em serviço, ter supervisão e poder continuar estudando...”*

O documento “PAP-Relatório de Avaliação, FUNDAP”(1998b), em seu item “O porquê da escolha do PAP para iniciar a carreira”, traça considerações bastante semelhantes aos fatos mencionados pelas entrevistadas, ao afirmar que teoricamente qualquer recém-formado estaria apto tecnicamente e legalmente para o exercício profissional, porém também se posiciona em relação à questão por nós formulada sobre a necessidade de continuidade de estudos através do aprimoramento:

*“A questão pode ser sintetizada pela pergunta: como aplicar os conhecimentos adquiridos na graduação na rotina de um profissional da saúde? Como passar da teoria à prática? O aprimoramento é uma alternativa onde, em condições ideais, permite-se ao bolsista atuar numa instituição na condição ao mesmo tempo de aluno e profissional. Ou seja, enquanto estiver atuando sob supervisão em sua área, através do atendimento à população..., estará dando continuidade e sentido aos estudos teóricos relacionados à sua prática, ao mesmo tempo em que poderá desenvolver uma atitude profissional, de acordo com os modelos a que terá acesso (do qual o modelo mais próximo é o do seu supervisor). Poderá, ainda, desenvolver uma consciência crítica em relação às instituições e às políticas de Saúde, despertada pela realidade dos serviços em que atua”, (FUNDAP, 1998b, p.10).*

Embora com um discurso menos elaborado e apresentando muitas ambivalências, esta também é a forma de percepção das necessidades dos terapeutas ocupacionais recém-graduados quando optam por cursos de aprimoramento ou seus equivalentes.

A seqüência de perguntas 15-20<sup>16</sup> refere-se às áreas e locais que cada aprimoranda escolheu para prestar seu exame de seleção, em quais foi aprovada e qual escolheu.

P 15. Para qual(ais) área(s) prestou exame de seleção? P 16. Em quais Instituições?

P 17. Em qual(ais) foi aprovada? P 18. Qual escolheu? P 19. Por quê?

P 20. Qual Instituição e área que você está cursando, quando entrou e em que ano está?

---

<sup>16</sup> No anexo B as respostas estão compiladas em duas tabelas distintas, a primeira contém os dados tabulados relativos às questões 15, 16, 17, 18 e 20. As respostas dadas à pergunta 19 foram registradas em tabela separada por serem totalmente descritivas.

Segundo as aprimorandas, as áreas disponíveis à época da seleção eram as seguintes: Psiquiatria/ Saúde Mental; Disfunções Físicas (infantil, adulto, hemodiálise, terapia de mão); Geriatria (psicogeriatria); Disfunções Sensoriais (deficiência visual); Saúde e Trabalho (saúde ocupacional, L.E.R.); Saúde Coletiva (saúde pública, preventiva).

Das trinta e duas aprimorandas vinte (62,5%) prestaram exame de seleção em apenas uma área; oito (25%) se candidataram a duas áreas e as quatro restantes (12,5%) fizeram provas para três ou mais áreas. Particularmente nos dois últimos casos há os mais variados exemplos de combinações entre as opções de área, não sendo possível traçar qualquer parâmetro entre elas, pois não há semelhanças suficientes que justifiquem isso.

*“A questão sobre em qual área atuar é de grande importância no momento em que o bolsista se decide pelo curso, embora vários demonstrem não ter conhecimento prévio sobre em que área se aprofundar. Alguns já realizaram estágios em determinadas áreas, e encontram aí uma certa continuidade, outros descobrem novas áreas que não imaginavam existir”, (FUNDAP, 1998b, p.10).*

As terapeutas ocupacionais candidatas a bolsistas em 1997 parecem ter se enquadrado mais no grupo que já havia realizado e gostado de seus estágios em determinadas áreas, e por esta razão pretendia dar continuidade aos seus estudos e prática nessas áreas, conforme os exemplos anteriormente descritos e comentados nas respostas à pergunta 8 da entrevista.

Quanto ao número de instituições nas quais cada candidata se inscreveu para prestar o exame, independentemente de quais ou quantas áreas escolhidas, obtivemos as seguintes respostas: nove aprimorandas (28,1%) prestaram exame em apenas uma

---

instituição; treze (40,6%) em duas instituições, o que representa o maior contingente; seis (18,7%) em três e quatro (12,5%) se candidataram a quatro ou mais instituições.

Com relação às aprovações nestas Instituições, catorze candidatas (43,7%) foram aprovadas em apenas uma delas, outras quinze (46,8%) foram aprovadas em duas; ninguém foi aprovado em três instituições, e três candidatas foram aprovadas em quatro ou mais instituições. É interessante observar que todas as candidatas que prestaram exames em três instituições foram reprovadas em pelo menos uma delas e das quatro candidatas que prestaram quatro ou mais exames, 75% delas foram aprovadas em todos, sendo que apenas a entrevistada 19, que também prestou em quatro instituições, foi aprovada em duas delas.

A variedade e a quantidade de instituições escolhidas pelas futuras aprimorandas nos sugerem que não somente o fator de escolha de uma determinada área de especialidade foi preponderante, mas que também alguns outros fatores como proximidade geográfica, status de algumas instituições e eventuais fatores econômicos também foram levados em conta.

As respostas dadas às perguntas 18 e 20 contidas na mesma tabela mencionada na nota de rodapé 16 também incorporam as aprimorandas da AACD e FUNFARME às da FUNDAP e são o retrato fiel da instituição escolhida entre aquelas onde cada entrevistada prestou exame. A tabulação ainda descreve a área tal qual definida pela própria FUNDAP, o ano de entrada e o ano que cada aprimoranda estava cursando em 1997.

O primeiro aspecto a ser comentado são as diferenças entre a previsão do número de instituições que pretendiam oferecer PAPs<sup>17</sup> e as vagas disponíveis ao longo deste mesmo ano. A redução de mais de 50% das vagas entre a previsão original da FUNDAP e a definição final do preenchimento das mesmas se devem basicamente ao fator de redução de custos e verbas por parte da administração governamental. Isso fez com que 2/3 dos programas novos a serem criados fossem vetados para abertura naquele ano, sendo que o único programa novo aberto em 1997 foi na área de saúde mental no H.C.-FMUSP com o nome de Terapia Ocupacional em Instituição Psiquiátrica com uma previsão inicial de quatro vagas que acabaram sendo reduzidas à metade. O programa da AACD que pretendia sua incorporação aos PAPs da FUNDAP também não obteve a aprovação necessária e se manteve como um programa isolado tal qual era desde o seu início em 1989. Um outro importante fator explicativo para a redução das vagas foi o corte das mesmas, nas instituições que no ano anterior (1996) não haviam conseguido preenchê-las integralmente como, por exemplo, a área de saúde mental da UNESP-Botucatu. Como última razão ainda temos o fato de que nem todas as vagas oferecidas foram preenchidas ou porque não houve candidatos aprovados ou porque houve desistências dos aprovados antes do início dos Cursos e não havia aprovados excedentes que pudessem completar essas vagas.

Podemos observar que dos trinta e dois sujeitos que acabaram compondo esta pesquisa, vinte e seis (81,25%) eram aprimorandas de primeiro ano e as seis (18,75%) restantes de segundo ano. Deste total quatro desistiram de seus PAPs ao longo do ano

---

<sup>17</sup> Vide Quadros 2 e 3 no capítulo 5 sobre procedimentos metodológicos.

de 1997, sendo três de primeiro ano e uma de segundo, todas da área de saúde mental e por esta razão são objeto de uma análise separada ao final deste capítulo.

As vinte e oito remanescentes de nossa amostra compuseram-se de catorze sujeitos que realizaram seus PAPs na área de saúde mental e os outros catorze nas demais áreas, o que proporcionou um equilíbrio de 50% em cada área, ainda que isto tenha ocorrido de forma aleatória.

As duas perguntas subseqüentes (21 e 22) se referem aos diferentes tipos de influências recebidas pelas então alunas de terapia ocupacional, para a escolha da área de especialidade.

P 21. Quais fatores você identifica como tendo influenciado a sua escolha de área no Curso de Aprimoramento? Separe os aspectos que você considera positivos dos negativos.

Os fatores considerados como sendo os de maior influência para a escolha do local de aprimoramento questionados na pergunta 21 foram listados a priori com o intuito de "dar dicas" às entrevistadas, sobre quais tipos de fatores poderiam estar condicionando o momento da decisão final para a escolha de uma instituição com suas determinadas características. Tal listagem ajudaria a lembrar o fator decisório, principalmente no caso das aprimorandas que haviam sido aprovadas em mais de um PAP. Entretanto o caráter qualitativo desses diferentes fatores foi dado nas respostas à pergunta 19 e servirá como ilustração e exemplo dos mesmos.

O fator interesse pela área aparece em primeiro lugar em termos de importância tendo sido mencionado por vinte e nove (90,6%) das entrevistadas e dentre estas, treze conferiram a ele uma relevância de primeira grandeza. Apenas duas não se referiram a este fato e uma aprimoranda mencionou que faria o PAP em qualquer área.

Entrevista 04 *"... porque já tinha clareza que era a área que queria, disfunções orgânicas e senso-perceptivas..."* (PAP na área de Disfunções Físicas).

Entrevista 20 *"... queria isto mesmo, se não passasse, tentaria de novo"* (PAP na área de Disfunções Físicas).

O fator mercado de trabalho foi o segundo mais citado pelas entrevistadas sendo que vinte e seis (81,2%) o mencionaram, entretanto atribuindo a ele ordens de importância bastante diversificadas.

Entrevista 13 *"... por ser um hospital-escola ia me enriquecer o currículo, eu ia poder estudar e aprender mais..."*.

Entrevista 17 *"... apesar das poucas referências dadas pela FUNDAP, pois só vi o programa depois da seleção quando já tinha optado pelo H.C., queria mesmo o título de aprimoramento"*.

Entrevista 24 *"Escolhi o DMR (Divisão de Medicina e Reabilitação), porque é um dos melhores centros de reabilitação do país e isto ia me dar currículo"*.

A motivação pela instituição curiosamente, apesar de ser mencionada por quinze (46,8%) das entrevistadas, chamou a atenção pelo fato de não ser o primeiro fator de

---

unanimidade. Cinco sujeitos sequer se referiram ao assunto e duas delas afirmaram não ter motivação por uma ou outra instituição.

Entrevista 01 *“... eu tinha uma identificação com a linha teórica da Paulista...”*.

Entrevista 06 *“... porque era EPM/UNIFESP, uma instituição de nome”*.

Entrevista 15 *“... o Servidor era mais antigo e com tradição...”*.

Entrevista 23 *“... eu ia ficar na DMR, porque era USP”*.

Entrevista 25 *“... na AACD tinha o nome da instituição a chance de ver coisas que eu nunca tinha visto ou vou ver... porque eu teria experiência com infantil e adulto”*.

Entrevista 27 *“Apesar de ter passado em 1º lugar na UNICAMP escolhi o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial “Dr. Luís Cerqueira”) porque queria uma atuação mais clínica, ...eu me identificava com a postura profissional, com a dinâmica do atendimento e a equipe era mais diversificada”*.

A motivação pelas Instituições nos mostra que há diferentes parâmetros fornecidos pelas próprias aprimorandas ao fazerem suas escolhas e depois justificá-las. Estes poderiam ser agrupados em categorias do tipo: fama e tradição institucional; linha teórica seguida; abrangência e possibilidade de conhecer novas patologias, entre outros.

Um outro fator foi denominado de facilidade de acesso permitindo às entrevistadas diferentes opções de compreensão do que isto poderia significar. O significado mais atribuído foi o de acesso geográfico, no sentido da facilidade física de

acesso, sendo que 1/3 das entrevistadas o considerou como um fator preponderante nas escolhas. Doze entrevistadas (um pouco mais que o outro terço) não se referiu a este fator.

Entrevista 02 *“Vacilei entre a EPM e Ribeirão Preto, acabei escolhendo a Paulista porque era mais perto de Jundiaí”* (cidade da família).

Entrevista 10 *“Queria ficar perto de São Carlos, (cidade da família) não me adaptaria em cidades grandes tipo Campinas ou São Paulo”*.

Entrevista 14 *“... porque passei e era próximo da minha residência”*.

A motivação pelo supervisor foi o fator ao qual se fez menos referência, tendo sido ignorado por vinte e uma (65,6%) das entrevistadas. Apenas cinco o mencionaram como tendo alguma influência na decisão da escolha do PAP. Podemos atribuir a este fator duas possíveis causas: uma poderia ser a falta de conhecimento anterior por não ter tido a oportunidade de, por exemplo, visitar a instituição e a outra poderia ser falta de interesse e/ou curiosidade pelo futuro local de aprimoramento.

Entrevista 07 *“... as profissionais que iam ser supervisoras, o “mito” Jô e o trabalho da Solange”*.

Entrevista 21 *“Foi um desespero para decidir, optei pelo Servidor a partir do contato com a supervisora durante a entrevista”*.

A influência através dos colegas que já haviam cursado algum dos cursos de aprimoramento também obteve um índice bastante alto de desconhecimento.

---

Dezessete (53,1%) das aprimorandas não fizeram comentários a respeito, por outro lado aquelas dez que o consideraram importante atribuíram a ele um peso relativamente grande, sendo considerado como o segundo fator de motivação para o momento da decisão de escolha.

Entrevista 03 *“... tinha a influência das colegas que haviam feito o estágio de 4º ano lá”* (PAP na área de Disfunções Sensoriais).

Entrevista 08 *“Ouvia falar do H.D. (UNIFESP/EPM) pelas colegas que estavam cursando e também no curso do CETO”*.

Entre os outros fatores não mencionados previamente sob a forma indutiva surgiram vários fatores com um caráter mais positivo, tais como: querer continuar estudando foi mencionado por cinco aprimorandas; juntar teoria e prática foi apontado por outras quatro e em ordem decrescente ainda surgiram estar mais qualificada para arranjar um emprego melhor, querer estar em uma instituição conhecida e com bom conceito, poder conhecer e vivenciar uma filosofia institucional bem estruturada, conhecer distintas clientela, trabalhar em equipe e ter motivação pessoal.

Por outro lado surgiram alguns fatores de influência para cursar os PAPs considerados pelos seus aspectos mais negativos, como, por exemplo, sair cedo demais da faculdade, não saber bem o que é T.O., dificuldade de compatibilizar experiências anteriores e referências teóricas, alguns trabalhos de equipe decepcionantes, temores em estar em uma instituição arcaica e ter seu programa de aprimoramento mal definido e mal estruturado.

De forma bastante espontânea surgiram também nas respostas a esta pergunta, algumas menções a como? e a o quê? a que algumas das aprimorandas recorreram para ter certeza das suas opções de área. Entre as respostas obtidas, as de maior frequência foram: *“o lado pessoal pesou mais”*; *“conversei com vários professores para me ajudar na escolha”* e *“a variedade de estágios realizados facilitou a ampla escolha que havia nos programas de aprimoramento”*.

P 22. Você identifica alguém como tendo influenciado-a para sua escolha de área de especialidade?

Com relação à pergunta 22 sobre quem<sup>18</sup> influenciou a decisão de continuar sua formação através dos PAPs, vinte e seis (81,2%) aprimorandas afirmaram que houve pelo menos algum tipo de influência, cinco (15,6%) afirmaram que não houve nenhuma e uma não soube precisar a resposta. Entre as pessoas que influenciaram, ocuparam o primeiro lugar os próprios terapeutas ocupacionais quer na função docente, tanto de disciplinas teóricas quanto práticas, quer no papel de supervisores de estágios curriculares e/ou extracurriculares. Houve citações nominais de vinte e cinco profissionais sendo que destes três foram mencionados quatro vezes, um foi mencionado três vezes e outros cinco foram citados duas vezes. Dentro da própria categoria profissional houve ainda citações mais genéricas do tipo *“os professores de T.O. da UFSCar”*, que foram mencionados três vezes, *“os professores das Aplicadas”*

---

<sup>18</sup> Sendo que “quem” não se referia somente a uma ou mais pessoas, mas também poderia ser uma experiência ou fato profissional marcante, algum método de atuação, ou mesmo alguma instituição.

---

(UFSCar) e “os docentes da PUCC”, que tiveram duas menções cada um. Ainda foram mencionados nominalmente outros dois profissionais, uma psiquiatra e uma psicóloga, que, em instituições distintas, ocupavam cargos de liderança e coordenação das equipes multiprofissionais de trabalho. Uma entrevistada mencionou “os pacientes” como sendo aqueles que a influenciaram neste processo de educação continuada.

Entrevista 02 “A T.O. supervisora e a monitora foram um espelho no estágio curricular..., meu professor que foi meu supervisor no estágio infantil foi bem legal e estas influências me ajudaram na escolha da área”.

Entrevista 09 “A T.O., a equipe do H.D. de Ribeirão Preto e a médica psiquiatra principalmente me influenciou, pois foi ótima pela cultura geral...”.

Entrevista 14 “Os professores da T.O. e das Aplicadas (menciona três nomes), ...nas disciplinas de saúde mental e pelos papos pessoais, ...na saúde ocupacional e pelas conversas fora da sala de aula...”.

Entrevista 27 “As professoras (menciona quatro nomes) são meio ídolos até hoje”.

A necessidade de ter com quem se identificar, que aparece nas respostas dadas a essa pergunta em específico, é bastante comum nesta faixa etária das aprimorandas, uma vez que faz parte do processo de desenvolvimento normal do final da adolescência e início da vida adulta. Estudiosos do modelo desenvolvimentista (ERIKSON, 1987; SHEEHY, 1985) enfatizam este aspecto quando se referem à necessidade dos ídolos

como modelos a quem se segue, e ao mesmo tempo àquelas pessoas que detém um certo carisma as quais ou se imita ou se desafia.

Em segundo lugar agrupam-se uma série de influências genéricas que dizem respeito às instituições, sejam as de ensino formal, sejam os locais de práticas onde foi desenvolvido algum trabalho acadêmico ou um estágio propriamente dito. O hospital psiquiátrico “Cândido Ferreira” é mencionado sete vezes como um local que exerce boas influências de continuidade de aprendizagem, o hospital-dia “A Casa” e o “CETO” aparecem duas vezes com esta mesma especificidade. É bastante curioso notar que todas as influências neste grupo se referem à área de atuação de psiquiatria e saúde mental. Podemos supor que isto tenha alguma relação com o “modelo de supervisão” importado das outras práticas “Psi” que é amplamente aceito e sentido como imprescindível também pelos terapeutas ocupacionais.<sup>19</sup>

*Entrevista 15 “O Cândido Ferreira, a Instituição, a supervisora (não T.O.), os colegas de estágio das diferentes profissões, médico, psicólogo e as T.Os., foi que me deram o ‘clic’...”.*

*Entrevista 14 “A Casa reforçou a minha escolha pela área, me identifiquei com a forma de trabalhar...”.*

*Entrevista 08 “O CETO me influenciou porque eu faço especialização lá também”.*

---

<sup>19</sup> Tal fato já foi discutido em detalhes no capítulo 4.

Entrevista 27 *“O Posto de Saúde e o Cândido foram para mim modelos de como se faziam intervenções”.*

A terceira categoria de influências, que aparece mencionada cinco vezes nas entrevistas, é a dos familiares, que aparecem tanto na forma genérica como discriminados na pessoa de alguém que pode ser da família nuclear ou ampliada. Algumas destas respostas já apareceram anteriormente exemplificadas e discutidas nas perguntas 2 e 3.

Entrevista 04 *“Minha mãe e meu tio passaram por procedimentos cirúrgicos e foi muito marcante a percepção que eu tive para além do bem-estar físico deles..., escolhi como tema para a minha monografia de final de Curso ‘Estenose Mitral: o processo de saúde/doença’, que era o problema da minha mãe...”*

Entrevista 09 *“Minha irmã que é fono, agora depois de formada está atendendo psicóticos”.*

Nestes dois exemplos, além da identificação com os familiares, surge uma certa identificação de curiosidade, ou seja, querer saber mais e melhor dos problemas com os quais a família se confronta. Isto eventualmente pode criar fantasias do indivíduo se achar capaz, após a formação mais especializada, de dar conta da problemática, se não no aspecto funcional, ao menos no aspecto emocional.

Agrupamos em quarto e último lugar as menções feitas a métodos e técnicas utilizados por terapeutas ocupacionais, que serviram como modelos inspiratórios aos aprimorandos para a não interrupção de seus respectivos processos formativos. Entre

estes aparecem citados o método Self-Healing<sup>20</sup>, outras abordagens corporais com caráter terapêutico ou não, e diferentes técnicas de artes plásticas.

Entrevista 08 *“A T.O. que me dava supervisão tinha uma paixão e visão da profissão, as abordagens corporais que a equipe lá no H.D. do Jabaquara utilizavam me serviram como modelo”.*

Entrevista 18 *“O método Self-Healing tem a preocupação com o bem-estar mental do paciente e eu tinha mais pendência para este lado...”*

Entrevista 22 *“... a equipe do Cândido trabalhava com um universo amplo de atividades para além das técnicas clássicas, lá eu aprendi mais coisas de artes plásticas, ‘Tai Chi-Chuan’ e nutrição”.*

A pergunta 23 concluiu a entrevista quanto às perguntas mais fechadas, diretivas e semi-estruturadas.

P 23. Você pretende trabalhar na área de especialidade de seu Curso de Aprimoramento? Sim ou não? Por quê?

Encontramos quase que uma unanimidade (93,4%) de respostas afirmativas, incluindo-se nelas trinta sujeitos da pesquisa, sendo que três deles haviam abandonaram seus PAPs. Do ponto de vista qualitativo todas as respostas sim foram muito veementes e incluíram com destaque os seguintes aspectos: a opção de cursar o

---

<sup>20</sup> Self-Healing, método integrativo de autocuidado desenvolvido por M. Schneider, e atualmente objeto de pesquisa de vários terapeutas ocupacionais.

aprimoramento foi acertada e prazerosa principalmente pela área escolhida, as aprimorandas se sentiram capacitadas profissionalmente, preparadas para enfrentar o mercado de trabalho com mais confiança e com a intenção de continuar investindo na sua formação enquanto terapeutas ocupacionais. Estes fatores prioritários ainda foram acrescidos das intenções de continuidade do programa de aprimoramento cursando um 2º ou 3º ano, ou de prosseguimento dos estudos na mesma área; o envolvimento em projetos clínicos ou de pesquisa na própria área ou ampliando seus horizontes a partir da área escolhida, em um futuro próximo; a eventual realização de programas de pós-graduação (strito e lato senso); e planos de natureza mais pessoal que incluíam voltar às cidades de origem, montar clínicas e grupos/equipes de trabalho. Os exemplos a seguir ilustram esta diversidade de afirmações bem como demonstram que todos os fatos anteriormente mencionados estão intrinsecamente ligados.

Entrevista 01 *"... com certeza vou trabalhar na área, ... quero fazer pesquisa e um 3º ano de aprimoramento"* (área de saúde mental, cursando final de 1º ano de um programa de dois anos).

Entrevista 11 *"É a área que eu mais gosto, me sinto com uma bagagem maior, com bastante experiência. Acho que é a área que mais identifica a T.O., além de ser uma área de trabalho solicitada pelo mercado..."* (área de saúde mental, ao final do programa de um ano).

Entrevista 12 *"Quero sim, só que mais na Oncologia Pediátrica, pois estou super identificada..., gostaria também de continuar na neurocirurgia pela possibilidade do trabalho em equipe e poder aliar ensino com assistência"* (área de disfunções físicas,

ao final de um programa de um ano em um hospital-escola, com possibilidade de desenvolver na própria instituição um 2º ano através da FUNFARME, nos moldes da FUNDAP).

Entrevista 29 *“No momento não estou trabalhando, mas o que penso em fazer primeiro é uma nova especialização (na área de saúde mental) na PUCC..., se aparecer trabalho a preferência é pela saúde mental”* (aprimoranda que abandonou o PAP na área de saúde mental, no 2º mês por problemas de saúde).

Entrevista 32 *“Gosto da área e acho gratificante, estou abrindo uma clínica (na cidade de origem) para atender neurologia adultos, principalmente AVC, em equipe junto com Fisio e Fono”* (área de disfunções físicas, ao final de um programa de um ano em um hospital-escola, com bolsa da FUNFARME, nos moldes da FUNDAP).

Apenas duas entrevistadas (6,4%) afirmaram não ter a intenção de trabalhar na área escolhida para o aprimoramento. A entrevistada 15, que estava concluindo seu aprimoramento na área de saúde mental com clientela majoritariamente adulta, diz pretender procurar emprego na área infantil (múltiplas patologias), pediatria em geral ou na saúde mental e para continuar se especializando nesta última área terminaria o curso do CETO. A entrevistada 28 que abandonou o seu curso de aprimoramento após 4 meses na área de saúde mental afirmou: *“Acho que não iria trabalhar na área mesmo que tivesse concluído meu Programa”*. À época da entrevista já trabalhava com clientela portadora do vírus da AIDS e com oncologia há seis meses.

A última pergunta (24) da entrevista foi ampla e aberta, porém direcionada facultando aos sujeitos da pesquisa se expressarem sobre qualquer aspecto que os mesmos considerassem relevante sobre o tema e que ainda não houvesse sido mencionado, ou algum já comentado que necessitasse de maiores detalhes.

P 24. Comente algum outro aspecto que você considera importante em relação à sua escolha de área de especialidade que ainda não tenha sido mencionado.

O aspecto mais preponderante observado nas respostas, foi que a maioria delas se ateve a uma temática única, porém com várias nuances, a qual denominaremos de "avaliação". Os sujeitos, à exceção dos quatro que abandonaram seus PAPs, tiveram a compreensão de que esta última formulação tinha um caráter retrospectivo em termos de ser uma avaliação do Programa em andamento, ou auto-avaliativa no sentido do desempenho e aproveitamento da aprimoranda, ou ainda uma avaliação da própria atividade realizada por esta pesquisadora.

Um fato importante que não pode deixar de ser registrado é que o processo avaliativo utilizado normalmente pela FUNDAP, no ano de 1997, foi modificado em relação aos anos anteriores<sup>21</sup>, transformando-se de quantitativo em exclusivamente qualitativo. Foi solicitado, durante o mês de novembro, a cada aprimorando e a pelo menos um supervisor por Programa, que estes expressassem *"livremente sua avaliação em relação ao programa, narrando sua história pessoal e/ou algum acontecimento*

---

<sup>21</sup> "Até 1996, os formulários de avaliação consistiam em questões fechadas, com perguntas e respostas definidas, que possibilitavam análises quantitativas razoavelmente objetivas", (FUNDAP, 1998b, p.4-5).

*significativo ligado ao aprimoramento*", (FUNDAP, 1998b, p.5). O que observamos é que houve uma coincidência metodológica e temporal entre a pesquisa anual da FUNDAP, que conforme exposto acima, mudou suas características, e a última pergunta de nosso trabalho que eram bastante parecidas, além da semelhança dos períodos de solicitação das mesmas, uma vez que nossas entrevistas foram realizadas entre outubro de 1997 e janeiro de 1998, o que também pode ter causado uma certa influência nas respostas.

Pela característica distinta das demais perguntas da entrevista, a resposta dada a esta última pergunta descritiva foi bastante extensa e detalhada para a maioria dos sujeitos. Isto nos levou a agrupar os conteúdos destes depoimentos espontâneos em suas semelhanças e também em suas diferenças e peculiaridades específicas.

Um dos aspectos que apareceu com mais intensidade foi o da *"opção acertada"* em escolher e realizar o PAP, que significou para muitas aprimorandas como sendo de extrema importância, pois através *"de uma responsabilidade tutelada"* deu condições individuais às mesmas de um crescimento profissional, acrescido de maturidade e segurança. É quase unânime a sensação de um amadurecimento pessoal em benefício de se tomarem terapeutas ocupacionais mais aptas e capacitadas para o seu futuro desempenho profissional. Estes fatores seriam os favorecedores de melhores condições para a entrada no mercado de trabalho.

A questão da *"aprendizagem do específico"* também foi mencionada várias vezes como sendo um dos pontos altos de se passar pela experiência do aprimoramento. Esta forma de aprendizagem é percebida e incorporada através da necessidade de dedicação contínua ao estudo, o que permite um aprofundamento e consolidação de

---

alguns saberes já conhecidos superficialmente ao longo do curso de graduação. A possibilidade de *“aprender fazendo”* em um contexto da realidade (isto é, nas condições ainda que privilegiadas, dos serviços públicos de saúde e instituições de ensino aos quais os PAPs são vinculados) foi vivenciada pelas aprimorandas como o momento *“da integração de fato”* entre a teoria e a prática através do envolvimento com a clientela, com as equipes multiprofissionais, os modelos de intervenção e as políticas institucionais. O recebimento de um certificado de conclusão do aprimoramento com o *“título de especialista”*<sup>22</sup> é considerado por todas de grande ajuda, pois existe um reconhecimento explícito por se ter recebido uma complementação dos estudos de bom nível.

Estas considerações e percepções das aprimorandas de terapia ocupacional nos parecem estar em total consonância com as próprias expectativas de avaliação da FUNDAP em relação aos seus objetivos, que de forma resumida, pode ser considerada uma transição da fase estudantil para a profissional sob a tutela de serviços e profissionais modelares.

*“O PAP é pensado como uma alternativa para o ingresso planejado do recém-formado no mercado de trabalho da área pública de saúde, investindo na formação profissional através do treinamento em serviço, de modo a suprir a carência de experiência prática e orientar tal prática para a maior eficácia social”, (FUNDAP, 1998b, p.5).*

Outras percepções, as quais denominaremos de *“necessidades pessoais”*, foram manifestadas pelas entrevistadas. Trata-se de continuar passando por outras

---

<sup>22</sup> Veja detalhes sobre a questão do *“título de especialista”* na nota de rodapé n.º 25, neste mesmo capítulo.

experiências de educação continuada<sup>23</sup>, percebidas como sendo necessárias para contribuir e complementar não só a formação recebida através dos PAPs, mas também permitir um crescimento profissional e pessoal em áreas de habilitação menos formais do ponto de vista acadêmico. À guisa de exemplos mencionaremos os cursos e estágios que mais foram citados, especificamente os relacionados à área de psiquiatria e saúde mental: a intenção de continuar e/ou iniciar alguns cursos como os oferecidos pelo CETO (especialização em terapia ocupacional psicodinâmica), de Acompanhante Terapêutico, de Arteterapia, realização de estágios no exterior particularmente em Trieste-Itália, para apreender o modelo de reabilitação psicossocial, outros cursos de formação em determinadas linhas teóricas da psicologia (existencial, psicanalítica). Algumas profissionais ainda mencionaram a necessidade de se submeter a processos psicoterápicos como forma de autoconhecimento e como um investimento pessoal, o que a médio e longo prazo as tornará profissionais mais capacitadas.

Enquanto perspectivas futuras, além daquelas descritas nas respostas dadas à pergunta 23 com relação à entrada no mercado de trabalho profissional, encontramos alguns interesses manifestos pela pós-graduação "strito senso", particularmente em cursos de mestrado específicos na área de T.O. com vistas à docência em terapia ocupacional. Tal fato se revela muito oportuno não só pela abertura de muitos novos cursos de graduação, particularmente desde 1997, ampliando o mercado de trabalho para além da atividade clínica, que necessitará de profissionais qualificados e titulados

---

<sup>23</sup> Aqui entendido como uma necessidade de o profissional se aprofundar, refletir e discutir sua prática enquanto um processo ininterrupto de aprendizagem (HAHN,1990).

---

para esta modalidade de atuação. Também demonstra que a categoria profissional já atingiu um patamar de necessidades, como a consolidação de um saber próprio e específico inerente à sua atividade profissional.

Alguns aspectos foram pontuados pelas aprimorandas como sendo insatisfatórios. Na liderança deles, sem dúvida, está a bolsa oferecida mensalmente pela FUNDAP. Seu valor é considerado *“extremamente baixo”* (trezentos e setenta reais e treze centavos), que além de não ter tido qualquer reajuste nestes três últimos anos (1996-1999), foi a queixa principal de todas as entrevistadas e em especial daquelas que estavam cursando o 2º ano do aprimoramento ou das que abandonaram seus PAPs. Ainda do ponto de vista administrativo houve algumas manifestações de desagrado quanto aos procedimentos utilizados tanto pela FUNDAP quanto pelas outras instituições com relação à divulgação de informações relativas a inscrições, número de vagas, datas e modalidades dos processos seletivos e documentação necessária. Grande parte das queixas neste sentido tem a ver com a pouca divulgação e veiculação destas informações também nas próprias faculdades de onde provém a grande maioria de interessados e alunos em potencial para cursar o aprimoramento. As aprimorandas consideram que esta divulgação é essencial e que os cursos de graduação não só têm este tipo de obrigação como também deveriam estar mais comprometidos em investir em cursos semelhantes uma vez que a *“formação universitária por si só é limitante e incompleta”*.

Um último descontentamento se refere exclusivamente às aprimorandas de 2º ano. Além de a queixa financeira, já citada, se tornar mais veemente, todas se

manifestaram com relação ao fato de que a longa duração nem sempre corresponde qualitativamente ao que se pretende aprender e continuar estudando. Foi mencionado que nem sempre os programas estão estruturados em termos de conteúdos novos para esta continuidade e que freqüentemente existem repetições de atividades tanto teóricas quanto práticas, o que acaba gerando insatisfações para todos os envolvidos mais diretamente nos PAPs. Foi sugerido por uma das entrevistadas que se realizasse como atividade de rotina "fóruns de discussão" entre aprimorandos das diversas categorias profissionais afins, juntamente com supervisores e representantes da FUNDAP, com a finalidade de troca de experiências e até para minimizar e eventualmente solucionar os problemas anteriormente citados.

Este conjunto de observações positivas e negativas expressas livremente pelas entrevistadas de terapia ocupacional parece corroborar e reforçar a maioria dos aspectos mencionados na pesquisa de avaliação realizada pela FUNDAP que obteve uma taxa de retorno de 62,1% dos aprimorandos (619 bolsistas), pertencentes a um dos duzentos e setenta e nove programas oferecidos em 1997 a dezessete diferentes categorias profissionais.

*" A maioria dos aprimorandos mostrou-se satisfeita, ou seja, ao concluir sua trajetória profissional dentro do PAP, o bolsista declarou estar mais seguro em comparação ao momento de sua entrada, e sentiu que mesmo com algumas dificuldades durante esse período, o aprimoramento foi bastante válido, pois cresceram nos campos profissional e pessoal e se consideram bem mais preparados para enfrentar o mercado de trabalho e a prestar serviços à população. Por outro lado, algumas reclamações foram quase unânimes, como o valor da bolsa, o excesso de carga horária, a utilização do aprimorando como mão de obra barata, o pouco tempo para atividades teóricas em relação ao tempo excessivo dedicado a prática" (FUNDAP, 1998b, p. 8).*

---

## AS DESISTÊNCIAS

Para encerrar este capítulo de análise de entrevistas fazem-se necessárias algumas considerações específicas a respeito das aprimorandas que por diferentes razões e motivos interromperam ou abandonaram seus PAPs durante o ano de 1997. Os dados gerais (demográficos, curriculares e outros sobre a escolha e entrada nos Programas) foram compilados, analisados e até exemplificados juntamente com os dados das demais entrevistadas sem distinção. Aqui analisaremos em detalhe a pergunta extra que foi colocada a mais para estes sujeitos: *“Quais foram as razões que a levaram a interrupção de seu programa de aprimoramento?”* Vale lembrar que por ser uma pergunta aberta, diretiva e bastante pessoal, as respostas foram mais discursivas e por esta razão serão primeiramente traçadas algumas considerações mais genéricas, depois as respostas serão analisadas individualmente e ainda serão realizadas comparações quando for o caso.

A primeira constatação a ser feita é que as quatro aprimorandas que interromperam seus PAPs eram todas pertencentes a Programas na área de Psiquiatria e Saúde Mental, cada uma delas realizando seu curso em uma instituição distinta da outra. É curioso observar que não houve nenhuma desistência ao longo deste mesmo período por parte das terapeutas ocupacionais vinculadas aos Programas em outras áreas clínicas. Aparentemente não existe nenhuma correlação entre este fato considerado aleatório que possa explicar esta “coincidência” ocorrida neste ano do presente estudo. Baseamos tal afirmação nas respostas dadas durante as entrevistas

de cada uma das aprimorandas desistentes. Das quatro desistentes entrevistadas, três delas eram alunas de PAPs de 1º ano e uma estava cursando o 2º ano do programa.

A entrevistada 29 prestou quatro dos cinco exames de seleção possíveis na área de psiquiatria e saúde mental ao final do ano de 1996, passando em primeiro lugar em todos eles. *“...como eu já tinha certeza da área que queria, não quis arriscar não passar, mas onde eu queria ir mesmo era para a EPM, porque eu mais escutava falar através de ex-alunos e professores..., diziam que era o mais completo, que a gente entrava insegura e lá eles ofereciam tudo e a gente saía bem formada”*. Apesar de todo este empenho na sua entrada (fevereiro 1997), esta aprimoranda foi a primeira das quatro a parar de cursar o Programa em maio do mesmo ano, ou seja, permaneceu vinculada ao PAP em torno de três meses e meio, com algumas licenças médicas durante este mesmo período. As razões daquilo que ela própria considera uma *“interrupção”* foram de ordem estritamente pessoal (uma gravidez que se tornou de risco após um acidente automobilístico). Relatou que na época de tomar a decisão *“Tudo foi muito tumultuado..., não queria largar o aprimoramento, tive medo de falar com as pessoas ..., aliás acho que as supervisoras pensam que eu abandonei, houve um problema de comunicação entre a gente..., gostaria de ter tido mais respaldo de como lidar com a situação”*. Terminou desistindo formalmente junto à FUNDAP, o que, segundo suas normas, implica não poder prestar exame seletivo de novo por 10 anos, fator este que ela mais lamenta no sentido de ter que buscar outro tipo de especialização. Ao longo do ano de 1997 recebeu várias propostas de emprego na área escolar tanto em APAEs, como em escolas públicas da região do interior de São Paulo onde se encontrava. Seus planos futuros são voltar a um centro urbano maior, retomar

os estudos e/ou arranjar um trabalho ambos relacionados à área escolhida anteriormente. Diz estar ciente de suas limitações neste momento tanto as pessoais (ter um filho pequeno), como as profissionais uma vez que não concluiu o aperfeiçoamento.

Utilizando a seqüência temporal das desistências a entrevistada 26 que já tinha tido uma experiência profissional na área<sup>24</sup> na qual sentiu falta de um maior preparo principalmente em psicopatologia, somente se submeteu a um processo seletivo e depois se arrependeu, pois ficou sem outra oportunidade de escolha. Sobre a interrupção do PAP afirmou que *“Fui abandonando o aprimoramento mais ou menos em maio...”*, e os motivos, por ordem de importância, que a levaram a isso foram: *“Achei que não estava aprendendo nada do que gostaria e imaginava, o que eu vi da parte psiquiátrica ainda supriu as minhas necessidades (acompanhou aulas dos residentes e mestrandos), mas a parte de T.O. deixou a desejar, pois toda a bibliografia era muito antiga..., continuei indo às supervisões, mas ficou difícil de compatibilizar com teorias e visões que eu já tinha adquirido no meu estágio curricular..., aí passei a não falar e não me colocar mais nas supervisões o que criou problemas com o supervisor..., também ‘pintou’ uma possibilidade de emprego semelhante à experiência que eu já tinha tido, a diferença é que era em um hospital particular com um contrato de 30 horas”*. Ressalta que a oferta de trabalho não foi o fator preponderante de sua saída, pois só começou a trabalhar dois meses depois, mas sim a falta de crescimento teórico. Por outro lado ponderou que o convívio com a clientela foi muito proveitoso e isto tornou sua saída

---

<sup>24</sup> Trabalhou, por seis meses, em um Hospital Geral Público atendendo em uma enfermaria psiquiátrica especializada em dependentes de álcool e drogas.

particularmente penosa, apesar de ter discutido esta questão bastante com seus pares e pouco com os supervisores." *Foi muito difícil me desvincular dos pacientes ..., tinha a questão da grana (referindo-se à bolsa), de saber se eu estava fazendo a coisa certa e principalmente o abandono de um título".* Após tomar a decisão em nenhum momento sentiu falta do aprimoramento, nem sequer cogitou em prestar de novo. Paralelamente foi se capacitando profissionalmente através de quatro outros "cursos": Grupos de Estudos de Acompanhante Terapêutico (A.T.); Grupo de Álcool e Drogas; Grupos de Estudos em Psicanálise e Supervisão com terapeuta ocupacional. Seus projetos em andamento e outros futuros, além da continuidade do trabalho hospitalar já mencionado, e de atuar como Acompanhante Terapêutico, eram a montagem de um atelier terapêutico e um mestrado que tivesse uma interface entre psiquiatria e grupos. Acredita que se manteve na área da sua opção de especialidade clínica, apenas optou por continuar sua formação de modo diferente de suas colegas de turma.

O que se pode observar nestes dois primeiros exemplos é que a descontinuidade dos PAPs se deu por razões completamente antagônicas: uma exclusivamente pessoal e outra de caráter totalmente profissional. Nenhuma destas duas profissionais abandonou ou pretende mudar a opção pela área de especialidade.

A entrevistada 28 por sua vez foi a aprimoranda de 1º ano que maior tempo permaneceu em seu Programa, cursando os seis primeiros meses, saindo em agosto de 1997. A primeira referência que faz à pergunta, é a respeito do que considera se constituir a diferença entre *"psiquiatria e saúde mental"*. Diz ter tomado consciência de que se identificava somente com a parte de *"saúde mental"* do sujeito e não com a

---

*“psiquiátrica” (doença mental). Relata uma experiência desagradável durante o estágio curricular em uma enfermagem psiquiátrica (um episódio de agressividade de paciente) na qual se sentiu “muito despreparada tecnicamente”. Mesmo assim prestou dois exames de seleção na área sendo aprovada em um, mas não quis permanecer no Programa por ser “psiquiatria” e estar próximo demais à sua cidade de origem, onde teria um excesso de cobranças familiares. No outro exame que era “saúde mental” ficou em 2º lugar, mas foi chamada por causa da desistência da primeira colocada (entrevistada 29). As principais causas, ligadas ao aspecto mais profissional, mencionadas como motivos para interrupção de seu PAP foram: “ O programa era mal definido e mal estruturado..., também era relativamente novo (estava no 3º ano de funcionamento)..., acabei indo parar no mesmo lugar onde tinha feito estágio e já tinha um estímulo aversivo..., com a T.O. aprendia como não fazer as coisas..., mas pelo menos tinha o respaldo teórico, prático e emocional da supervisora...”. Os fatores que acabaram sendo decisivos para a interrupção foram um problema familiar aliado a necessidades financeiras maiores (em relação ao baixo valor da bolsa FUNDAP), e a concomitância da oferta de um emprego para ser terapeuta ocupacional no mesmo local onde já havia feito estágio profissional, e ainda mantinha uma atividade voluntária como agente de saúde sem a especificidade de sua qualificação profissional. A sua saída do Programa foi descrita como “... difícil e complicada, pesou muito a questão do abandono dos pacientes, até me propus a continuar o atendimento dos grupos por causa do contrato terapêutico com a clientela, mas a supervisora assumiu, e eu acabei*

*saindo mais tranqüila, sem culpa*". A ex-aprimorada discorreu também sobre "o peso do título"<sup>25</sup> no currículo. Observou em "formulários oficiais" (provavelmente documentos relativos a concursos públicos) que o título valia pouco, e não seria isto que a impossibilitaria de se especializar de outras formas. Como planos futuros mais imediatos pensava em realizar cursos de formação em terapia corporal, e a médio prazo um mestrado em artes ou filosofia. Conforme já mencionado, a profissional não se considera mais trabalhando na área de escolha de especialidade original.

Ao analisarmos a entrevista como um todo percebe-se que novamente fica reforçada a idéia de quanto os estágios na graduação são importantes e decisivos para a futura escolha de área de especialidade e atuação profissional.

Neste sujeito em específico vale lembrar que o estágio menos apreciado foi o de psiquiatria e o mais apreciado foi na área de oncologia que é justamente a área onde sua prática clínica vem sendo desenvolvida. A contradição reside na escolha da área menos apreciada ter sido escolhida para a realização do aprimoramento. Podemos trabalhar com duas hipóteses sobre este dado: em primeiro lugar, não existem opções suficientes de áreas de aprimoramento que possam ir ao encontro de todas as áreas vivenciadas nos estágios profissionais e a segunda idéia é que possivelmente a área de psiquiatria e saúde mental seja a que mais permeia todas as outras áreas de atuação

---

<sup>25</sup> De fato, o certificado de conclusão do curso de aprimoramento da Fundap não é considerado título de especialidade, por isso, nem sempre é pontuado em análises de Curriculum Vitae de candidatos a vagas no Serviço Público. Uma recente legislação sobre esta matéria, Parecer no 908/98 do MEC, referente à Especialização em Área Profissional, muito provavelmente mudará esta situação.

---

do terapeuta ocupacional de tal modo que a sua especificidade pode se compor tecnicamente com uma relativa facilidade com as outras áreas.

Esta entrevista possui os dois aspectos mesclados dos relatos dos ex-aprimorandos mencionados anteriormente: o *"profissional"* em relação ao processo de aprendizagem e a vinculação com a clientela e o *"pessoal"* em relação aos problemas familiares. Os motivos de sua desistência ainda passam pelo fator econômico versus oportunidades concretas no mercado de trabalho que também é apontado como causa para a entrevistada 26, bem como para a entrevistada 27, e que será objeto de nossas considerações a seguir.

A principal diferença entre a entrevistada 27 e as demais reside no fato de ela ter realizado o curso de aprimoramento por mais tempo que suas colegas. Ela concluiu o 1º ano e diante da possibilidade de vagas<sup>26</sup> para a continuidade de mais um ano, candidatou-se e foi aceita. Durante o primeiro ano vivenciou uma *"crise de identidade"*, pois foi a única aprimoranda de terapia ocupacional, em um programa multiprofissional no qual não havia o profissional terapeuta ocupacional, sendo supervisionada por psicólogos e psiquiatras.

De acordo com a entrevistada apesar de ter questionado muito este aspecto *"técnico"*, isto a ajudou no crescimento profissional, pois constantemente tinha que assumir o papel do profissional inexistente. Ao longo do 2º ano começou a perceber que

---

<sup>26</sup> Estas vagas eram em número menor do que as oferecidas no 1º ano e não eram específicas para terapeuta ocupacional, e sim para qualquer membro da equipe multiprofissional que já houvesse cursado um 1º ano de aprimoramento.

já se sentia suficientemente *"aprimorada"*, e também achava que não havia muito mais que aprender naquela situação. *"Como era a primeira vez que a instituição estava oferecendo a continuidade do PAP, eles (a equipe) não sabiam direito o que fazer..., não havia uma proposta clara e objetiva..., fomos ficando largados, sem projetos..., aprendeu-se muito pouco de novo"*. Optou por interromper seu curso ao final do mês de agosto, tendo até então cursado o Programa por um ano e meio. Um segundo motivo bastante forte que contribuiu para esta decisão foi a possibilidade concreta de emprego (era a terceira vez que estava sendo chamada através de processos seletivos) na mesma instituição onde havia realizado seu estágio curricular na área de psiquiatria e saúde mental do qual havia gostado bastante. *"Fiquei num dilema por mais ou menos três meses, mas quando fui chamada (na última vez) já não tive dúvidas, pois me sentia muito mais segura com a equipe, com a clientela e as intervenções..., além do que era lá mesmo que eu queria trabalhar"*. Decorridos seis meses deste seu trabalho mostrou-se bem satisfeita pois conseguiu conciliar seu interesse de manter-se na área com a oportunidade do emprego que queria.

Esta última entrevista também tem elementos comuns às entrevistas anteriores, existindo uma semelhança com as entrevistas 26 e 28 no sentido de responder à demanda do mercado de trabalho. Além disso, no caso da entrevistada 26, houve um desencanto em relação às possibilidades de aprendizagem e crescimento profissional nos aspectos teóricos principalmente, nas instituições onde realizavam o programa de aprimoramento. As três entrevistadas (27, 28 e 29) demonstraram muito interesse e preocupação pela clientela, reconhecendo seu valor não só pela possibilidade de vivências cotidianas de intervenções práticas como também demonstrando uma grande

preocupação em manter uma postura ética em relação à interrupção de seus respectivos processos terapêuticos.

Para as quatro entrevistadas a situação de interromper o PAP foi extremamente desconfortável tanto do ponto de vista pessoal como profissional tendo sido vivenciada por todas elas como um “dilema” a ser enfrentado e superado de forma amadurecida. Entretanto foi percebido como tendo sido adequado e acertado para aquele momento de suas vidas profissionais, não havendo por parte de nenhuma delas qualquer tipo de “arrependimento” por não terem feito outra escolha como, por exemplo, a permanência e conclusão de seus respectivos programas de aprimoramento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tinha como proposta a verificação dos diferentes fatores que influenciam e determinam a opção e a escolha de uma determinada área de especialidade clínica por parte dos terapeutas ocupacionais recém-formados. Para pesquisar estes fatores elegemos um universo de profissionais no estado de São Paulo que, ao longo do ano de 1997, estavam fazendo algum tipo de curso formal e oficial de aprimoramento e/ou equivalente tal como residências ou outro tipo de especialização.

Do ponto de vista metodológico recorreremos a vários procedimentos respaldados teoricamente nos conceitos dos métodos de pesquisa tanto de análises quantitativas quanto de análises qualitativas. Utilizamos a técnica de elaboração, aplicação em um projeto piloto, reelaboração e posterior realização de entrevistas individuais com cada um dos trinta e dois sujeitos pesquisados. Procedemos a uma análise dos perfis curriculares de cada um dos cursos de graduação de origem desses profissionais para investigar seus conteúdos programáticos no geral, com ênfase na área escolhida, no

caso a psiquiatria e saúde mental. Também nos utilizamos do farto material quantitativo disponível sobre aprimoramentos em terapia ocupacional e de cinco outras categorias profissionais afins para uma análise documental comparativa e retrospectiva.

Ao iniciarmos o trabalho tínhamos três pressupostos básicos que poderiam nos conduzir a caminhos que indicassem como, quando, e por quê as escolhas de área de especialidade são feitas. Interessava-nos particularmente como se dava essa trajetória na área de psiquiatria e saúde mental. Essas premissas eram: 1) aparentemente existiria uma quantidade maior de oportunidades nesta área específica, se comparada às outras áreas possíveis para uma educação continuada desta natureza; 2) poderia haver um ou mais determinantes de origem acadêmica formal que influenciassem este processo decisório, ou seja, o ensino de graduação tanto teórico quanto prático poderia ser mais ou menos direcionado para cada uma das áreas; 3) os aspectos relacionados a motivações pessoais prévias e/ou concomitantes que exerceriam algum tipo de predomínio sobre as opções realizadas ao longo do percurso de formação profissional.

Nossa experiência profissional exercendo a prática clínica e a docência em terapia ocupacional, há mais de 25 anos, já nos fornecia indícios de que a primeira constatação a ser feita é que um contingente bastante grande de terapeutas ocupacionais busca alguma forma de educação continuada logo após a finalização de seu curso de graduação. Isto é explicado parcialmente por uma estrutura curricular deficitária conforme atestam as aprimorandas entrevistadas, bem como é referendado não só na literatura específica de terapia ocupacional, como também nas áreas afins.

---

Neste sentido já havíamos refletido sobre esta questão (HAHN,1990) como também nos alinhamos com alguns autores anteriormente mencionados tais como BARRIS & KIELHOFNER,1986; VOGEL,1991; SACHS & JARUS,1994, LANCMAN,1998 e LOPES,1999, entre outros.

O desejo e a necessidade de entrar para o mercado de trabalho de forma mais segura e qualificada profissionalmente acabam por determinar a busca e a realização de algum tipo de formação complementar por parte dessas terapeutas ocupacionais. No estado de São Paulo especificamente esta oportunidade existe através dos Programas de Aprimoramento Profissional (PAPs)<sup>1</sup>, oferecidos pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), em parceria com serviços públicos de saúde com credibilidade e com possibilidades de oportunizar aos profissionais, de preferência formados até três anos, um *“treinamento em serviço sob supervisão contínua de profissionais altamente qualificados”*.

A busca de uma área em especial para este tipo de complementação da formação profissional é determinada por inúmeros fatores.

Foi possível comprovar após minucioso levantamento dos últimos quinze anos (1985-1998) que de fato existe uma oferta maior de vagas para cursos de aprimoramento na área de psiquiatria e saúde mental, comparativamente às outras áreas. Isto se deve a inúmeros fatores, sendo o principal deles as modificações ocorridas no campo da política de saúde em geral e outras mais profundas nas políticas

---

<sup>1</sup> Também existem alguns outros cursos de especialização, residências e ou aprimoramentos não só no estado de São Paulo, assim como em alguns outros estados conforme já mencionado no capítulo de procedimentos metodológicos.

de saúde mental, com repercussões diretas e quase imediatas sentidas no mercado de trabalho. Os investimentos realizados na ampliação dos recursos humanos já existentes e principalmente na abertura de novos postos de trabalho decorrentes do modelo de descentralização dos macro-hospitais, da implantação de ambulatórios de saúde mental e unidades básicas de saúde e mais recentemente nos centros de atenção psicossocial e centros de convivência, aumentaram bastante as possibilidades de atuação e intervenção dos terapeutas ocupacionais nesta área específica.

Assim sendo não nos identificamos, bem como não consideramos aplicável à realidade brasileira, neste final de século, com a "crise"<sup>2</sup> da terapia ocupacional na área de psiquiatria e saúde mental, mencionada por inúmeros estudiosos ( BONDER,1987; EZERSKY & colbs.,1989; ATWATER & DAVIS,1990; FRIEDLAND & RENWICK, 1993; KLEIMAN, 1992; TRICKEY & KENNEDY,1995 ) deste recente fenômeno. Muito ao contrário, prevemos uma ampliação no mercado de trabalho da profissão como um todo e uma participação, cada vez maior, da especialização em saúde mental em todas as outras áreas não só clínicas como também nas intervenções educativas exercidas pelos terapeutas ocupacionais.

Um outro fator de influência sobre esta questão é o aumento do número de cursos de terapia ocupacional, embora relativamente estáveis entre os anos de 1980 e 1995 e que foram aumentando sensivelmente nos últimos cinco anos desta década. Estes cursos acabaram qualificando cada vez mais profissionais, havendo uma menor

---

<sup>2</sup> Descrita em detalhes no capítulo 3 desta tese.

evasão escolar, e um conhecimento melhor por parte dos alunos das potencialidades que o mercado oferece e tendo a oportunidade tanto para decidir pela continuidade dos seus investimentos acadêmicos como para a abertura de novas áreas de atuação. Um dos resultados mais importantes de nosso estudo revela que quase a totalidade dos aprimorandos deseja trabalhar na área na qual se especializou.

Estas considerações confirmam o primeiro pressuposto do presente trabalho e nos levam diretamente ao segundo que diz respeito às diversos tipos de influências recebidas ao longo do curso de graduação.

Tivemos a oportunidade de comprovar, através das respostas dadas nas entrevistas, uma das questões mais apontadas na literatura estrangeira (CHRISTIE, JOYCE & MOELLER, 1985a&b; SHELLEY & WEBB, 1986; MILLAN & cols., 1991; SCOTT, 1994), que os estágios curriculares e extracurriculares, em uma determinada área de especialidade têm de fato uma preponderância sobre as demais atividades realizadas ao longo da graduação. Quando bem realizados e apreciados são determinantes para a escolha de área de atuação preferencial e/ou de uma especialização futura. Dentro dessa categoria de estágios vale enumerar os diferentes aspectos que acabam exercendo um predomínio nas escolhas. O professor/supervisor sem dúvida alguma se destaca em primeiro lugar, servindo como "modelo" para o então aluno ir compondo a sua própria imagem e papel profissional e a sua forma de intervenção dentro de uma área de atuação específica. Uma outra influência positiva se refere às Instituições enquanto local onde essas práticas têm espaço para acontecer, e às vezes servindo como exemplo concreto de ações integradas de diversos profissionais em benefício da clientela, seus familiares e às vezes com ecos profícuos

na comunidade. Nossa pesquisa pôde não somente detectar os aspectos anteriormente mencionados, como agora pode nos colocar em consonância com fatos que antes eram somente empíricos e baseados em literatura internacional.

Entretanto a análise dos perfis curriculares e os respectivos conteúdos programáticos das disciplinas relativas à psiquiatria e saúde mental não nos levaram a respostas conclusivas sobre a questão de este fator ter ou não influência na opção de escolha de uma determinada área clínica. As grandes diferenças encontradas na quantidade de carga horária das disciplinas da área não se refletem da mesma maneira nos conteúdos teóricos que são bastante semelhantes entre si. Por outro lado, independente do aspecto quantitativo, constatamos que as práticas são extremamente diversificadas, incluindo do modelo de assistência manicomial tradicional às experiências mais inovadoras de atenção à saúde mental na comunidade.

Este é um campo aberto para futuras investigações, possivelmente estudos comparativos dos conteúdos das disciplinas na própria área como também entre as diversas áreas e as opções dos futuros profissionais, uma vez que não há até o presente momento pesquisas nesta direção.

O terceiro pressuposto deste trabalho se referia às motivações pessoais prévias que os sujeitos eventualmente poderiam ter e as possíveis influências que estas teriam na escolha de uma determinada área de especialidade. Pudemos verificar de forma bastante clara que o fator preponderante nesta situação se atém ao domínio das experiências com familiares tanto do núcleo restrito quanto das relações de parentesco mais ampliadas. Estas experiências podem estar apenas ligadas ao fator parentesco

enquanto modelo de admiração, ou ainda de uma vocação ou continuidade de tradição. Constatamos também que às vezes ocorreram outras motivações de natureza emocional/afetiva que não têm ligação direta ao grau de parentesco, mas sim a “sintomas ou patologias” que eventualmente acometem e/ou acometeram estas pessoas. Tal fato aparece descrito como curiosidade, vontade de conhecer melhor ou saber mais sobre estes fenômenos, que na sua raiz vêm de uma história familiar ou de um conhecimento pessoal anterior. Não há dúvida do quanto este fato é mobilizador em termos das escolhas futuras. Algumas das entrevistadas fizeram ligações diretas e explícitas, outras o fizeram de forma indireta ou ainda só passaram a refletir sobre o tema quando instigadas por esta pesquisadora.

De forma mais sintética podemos constatar que a investigação dos nossos pressupostos nos levaram aos seguintes resultados: 1) existe de fato um número maior de possibilidades de aprimoramento profissional na área de psiquiatria e saúde mental, que na sua essência está vinculado às rápidas transformações das políticas e da capacitação de recursos humanos na área, inserindo a terapia ocupacional enquanto modelos de atenção aos portadores de sofrimento psíquico e da conseqüente ampliação da modalidade terapêutica fundamental e valorizando as ações deste profissional; 2) o principal determinante acadêmico para a escolha de uma determinada área de especialidade é o modelo adquirido a partir da experiência prática, geralmente um estágio, no qual houve possibilidade de atuação bem sucedida, tanto na aprendizagem quanto na intervenção junto à clientela; 3) as motivações pessoais com relação à opção por um aperfeiçoamento profissional exercem um papel fundamental do ponto de vista de influências, não tendo casualidade única, podendo estar ligadas ao

fato de as terapeutas ocupacionais recém-graduadas, na maioria das vezes, não se sentirem ainda suficientemente preparadas para enfrentar as exigências do mercado de trabalho, aliado a diversas vivências familiares anteriores (apenas o grau de parentesco e/ou a convivência com algum tipo de patologia), e também ao interesse específico adquirido a partir das experiências práticas já mencionadas.

Estas percepções nos apontam a necessidade de atenção constante na elaboração e reformulação de perfis curriculares e seus respectivos conteúdos programáticos, no sentido de cada vez mais oferecer ao futuro profissional a idéia e a prática de diversas formas de educação continuada e permanente, pois estes são elementos para uma construção melhor de sua identidade profissional, seja ela especializada em uma ou mais áreas.

## SUMMARY

The aim of this study was to verify which factors influence and were determinant to the choice of a clinical specialty area among recent graduated occupational therapists. We were particularly interest in how? when? and why? the specialty choice was made, specifically in psychosocial clinical area.

During 1997 an investigation has been done, with all professionals of the state of São Paulo that were doing any kind of formal specialization course or advanced studies in different clinical areas.

The methodology used included theoretical concepts of qualitative and quantitative research. The pilot study was the elaboration of a questionnaire that, after been evaluated, was applied to 32 occupational therapists in the form of individual interviews. Other instruments used were: curriculum analyses to detect the contents learned at the occupational therapy course, especially those related to psychiatry and mental health; a documental and historical analyses of O.T. specialization courses over the last 14 years and finally an analysis of a great amount of quantitative data was made in order to compare occupational therapy to other four related health professional categories.

Our assumptions were that: 1) apparently there were more opportunities of this kind of continuing education in the area of psychiatry and mental health in comparison to other clinical areas; 2) this could be a result of O.T. formal education, that signified an emphasis on one specific clinic, in both theoretical and practical classes during the course; 3) some aspects of personal motivation, previously or coincident with the course period, could act as a prevalent cause on the final choice.

The findings were: 1) in fact there are more opportunities of clinical continuing education courses in mental health and psychiatry. These vacancies are related to the changes in public health policies and improvements of the practices in terms of assistance and interventions offered to clients with mental suffering. Occupational therapists, have been regarded as essential professionals in that process; 2) a well performed and liked clinical practice which has been successful, either in learning or in a specific assistance model, is the major factor of influence for the choice of the future clinical area of professional practice; 3) personal motivations are very influential having, most of the time, more than one cause such as the insecurity to enter the job market, or family situations like living close to illness processes and to their successful experience in fieldwork as mentioned.

The conclusions indicate that is necessary to pay a greater attention on the elaboration and reformulation of occupational therapy curriculum and their respective contents in order to provide for future professionals ideas and practices of different forms of continuing and permanent education. These are the most important elements to build a professional identity.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHLSCHWEDE, K. (1992). Views on physical agent modalities and specialization within occupational therapy: a rebuttal. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 45, n. 7, p. 650-652.
- ALAHMAR, M. (1995). Representação social de residentes e aprimorandos na saúde: consonâncias e controvérsias. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Escolar, PUCCAMP, Campinas, 128p.
- AKASHI, L. (1998). Construindo-se como terapeuta ocupacional: da pré-história das concepções sobre o deficiente à possibilidade de ressignificação da deficiência. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 148p.
- ARQUIVOS DA COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. (1982/1983). Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental, v. XLIII, n. especial, 42p.
- ATWATER, A.W.; DAVIS, C.G. (1990). The value of psychosocial level II fieldwork. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 44, n. 9, p. 792-795.
- BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Edições 70 Brasil, 229p.
- BARRIS, R.; KIELHOFNER, G. (1986). Beliefs, perspectives, and activities of psychosocial occupational therapy educators. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 40, n. 8, p. 535-541.

- BENETTON, M.J. (1994). A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, FCM-UNICAMP, Campinas, 190p.
- BISWANGER, L. (1977). Artículos e conferencias escogidas. Gredos, Madrid, Espanha.
- BLEGER, J. (1980). Temas de Psicologia- Entrevista e Grupos. Martins Fontes, São Paulo, 113p.
- BONDER, B.R. (1987). Occupational therapy in mental health: crisis or opportunity? The American Journal of Occupational Therapy, v. 41, n. 8, p. 495-499.
- BRASIL. MINISTÉRIO da EDUCAÇÃO e do ESPORTO (1999). Conselho Nacional de Educação. Especialização em Área Profissional. Parecer nº. 908/98. Brasília, D.O.U., Seção I, p.5, 26/01/99.
- BRASIL. MINISTÉRIO de EDUCAÇÃO e CULTURA (1982). Reformulação do Currículo Mínimo dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Parecer nº. 622/82. Brasília.
- BRINTNELL, E.S. (1989). Occupational therapy in mental health: a growth industry. Canadian Journal of Occupational Therapy, v. 56, n. 1, p. 7-9.
- BROLLIER, C. (1970). Personality characteristics of three allied health professional groups. The American Journal of Occupational Therapy, v. 24, n. 7, p. 500-505.
- CAMERON, P.; PERSAD, E. (1984). Recruitment into psychiatry: a study of the timing a process of choosing psychiatry as a career. Canadian Journal of Psychiatry, v. 29, n. 8, p. 676-680.
- CARVALHO, F.B. (1990). A formação em saúde mental e um mínimo de conteúdo programático. Trabalho apresentado como tema livre no III Encontro de docentes de Terapia Ocupacional em Porto Alegre, p. 3-15.(mimeo)
- CERQUEIRA, L. (1984). Psiquiatria social: Problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 306p.
- CHRISTIE, B.A.; JOYCE, P.C.; MOELLER, P.L. (1985a). Fieldwork experience, part I: impact on practice preference. The American Journal of Occupational Therapy, v. 39, n. 10, p. 671-674.

- CHRISTIE, B.A.; JOYCE, P.C.; MOELLER, P.L. (1985b). Fieldwork experience, part II: the supervisor's dilemma. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 39, n. 10, p. 675-681.
- CLARK, D.D. (1979). A clinician's view of specialization. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 33, n. 1, p. 36-37.
- CONTE, W.R.; WAGGONER, E.R. (1970). The group dynamic approach to professional maturation. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 24, n. 5. p. 343-346.
- CREPEAU, E.B. (1997). Social biography and research. *The Occupational Therapy Journal of Research*, v. 17, n. 2, p. 105-109.
- CROWDER, M.K.; HOLLENDER, M.H. (1981). The medical student's choice of psychiatry as a career: a survey of one graduating class. *American Journal of Psychiatry*, v. 138, n. 4, p. 505-508.
- CUSICK, A.; DEMATTIA, T.; DOYLE, S. (1993). Occupational therapy in mental health: factors influencing student practice preference. *Occupational Therapy in Mental Health*, v.12, n.3, p. 33-53.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Londres.
- DIASIO, K. (1979). Specialization: perspectives from a systems approach. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 33, n. 1, p. 31-33.
- DIASIO, K. (1980). Occupational therapy in mental health: a time of challenge. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 1, n. 1, p. 1-10.
- DICKIE, V.A. (1997). Insights from a focused autobiography. *The Occupational Therapy Journal of Research*, v. 17, n. 2, p. 99-104.
- DOYLE, R.G.; MADIGAN, M.J.; CASH, S.H.; SIMONS, D F. (1998). Academic factors and changes in practice area preference. *Occupational Therapy in Mental Health*, v.14, n.3, p. 1-20.
- DRUMMOND, A.F. (1999). *A formação inicial do terapeuta ocupacional: estudo dos currículos do curso de terapia ocupacional/UFMG*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação da UFMG, 182p.

- DUNN, W.; RASK, S. (1989). Entry level and specialized practice: a professional encounter. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 43, n. 1, p. 7-9.
- EAGLE, P.F.; MARCOS, L.R. (1980). Factors in medical students' choice of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, v. 137, n. 4, p. 423-427.
- EBB, E.W.; HAIMAN, S. (1990). Enriching the fieldwork II experience: A recruitment strategy for psychosocial occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, v 10, n.1, p. 29-46.
- EMMEL, M.L.G.; LANCMAN, S. (1998). Quem são nossos mestres e doutores? O avanço da capacitação docente em Terapia Ocupacional no Brasil. *Cadernos de T. O. UFSCar*, v. 7, n. 1, p. 29-38.
- ENGLISH, C.; KASCH, M.; SILVERMAN, P.; WALKER, S. (1982). On the role of the occupational therapist in physical disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 36, n. 3, p. 199-202.
- ERIKSON, E.H. (1987). *Identidade*, Editora Guanabara, 2.<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro.
- EZERSKY, S.; HAVAZELET, L.; SCOTT, A.H.; ZETTLER, C.L.B. (1989). Specialty choice in occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 43, n. 4, p. 227-233.
- FADEM, B.H.; NICOLICH, M.J.; SIMRING, S.S.; DAUBER, M.H.; BULLOCK, L.A. (1984). Predicting medical specialty choice: a model based on students' records. *Journal of Medical Education*, v. 59, n. 5, p. 407-415.
- FALK-KESSLER, J.; RUOPP, P. (1993). Prestige and occupational therapy in mental health. *Occupational Therapy in Mental Health*, v.12, n. 3, p. 55-67.
- FERRAZ, M.P.T. (1984). Prioridades em saúde mental. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, v. XLIV, n. único, p. 11-21.
- FERRAZ, M.P.T.; MORAIS, M.F.L. (1985). Política de saúde mental: revisão dos dois últimos anos. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, v. XLV, nº. único, p. 11-22.
- FERRIGNO, I.S.V. (1990). Um estudo sobre docentes de terapia ocupacional como agentes transformadores da profissão. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, PUC São Paulo, 181p.

- 
- FIDLER, G.S. (1979). Specialization: implications for education. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 33, n. 1, p. 34-35.
- FIDLER, G.S. (1990). Reflections on choice. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 10, n. 1, p. 77-84.
- FIDLER, G.S. (1992). Against use of physical agent modalities. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 46, n. 6, p. 567.
- FIDLER, G.S. (1997). The psychosocial core of occupational therapy position paper. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 51, n.10, p. 868-869.
- FIGUEREDO, G.R.; FERRAZ, M.P.T. (1998). Hospício, caridade e psiquiatria. *Revista ABP-APAL*, v. 20, n. 1, p.1-8.
- FINE, S.B. (1987). Looking ahead: opportunities for occupational therapy in the next decade. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 7, n. 4, p. 3-12.
- FINE, S.B. (1990). The promise of occupational therapy: professional challenges, personal rewards. *Occupational Therapy in Mental Health*, v.10, n. 1, p. 63-75.
- FOTO, M. (1996). Generalist versus specialist occupational therapists. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 50, n.10, p. 771-845.
- FRANÇOZO, M.F.C. (1996). *Histórias de Viver o Serviço Social*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental F.C.M.-UNICAMP, 173p.
- FRANK, G. (1997). Is there life after categories? Reflexivity in qualitative research. *The Occupational Therapy Journal of Research*, v. 17, n. 2, p. 85-97.
- FRANK, H.; PARIS, J. (1987). Psychological factors in the choice of psychiatry as a career. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 32, n. 2, p. 118-122.
- FRIEDLAND, J.; RENWICK, R.M. (1993). Psychosocial occupational therapy: time to cast off the gloom and doom. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 47, n. 5, p. 467-471.
- FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO-FUNDAP (1996). Programa de aprimoramento profissional - PAP/Folheto informativo, 2p.
- FUNDAP (1998a). Cadastro das Escolas e Cursos de Nível Superior na Área de Saúde, no Estado de São Paulo. Documentos de Trabalho 75, São Paulo, 93p.

- 
- FUNDAP (1998b). Programa de Aprimoramento Profissional - Avaliação pelos Aprimorandos e Supervisores 1997 ( relatório interno) São Paulo, 43p.
- GALHEIGO, S.M. (1988). Terapia Ocupacional: A produção e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar- em busca do depoimento coletivo. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação da UNICAMP, 84p.
- GARCIA, C.Z. (1999). O Terapeuta Ocupacional na Escola Especial: como os profissionais caracterizam a prática. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar, 98p.
- GARCIA, M.I.S. (1995). Formação Profissional- teoria e prática da terapia ocupacional no Rio Grande do Sul: uma perspectiva comparada entre Brasil e Inglaterra. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCRGS, 178p.
- GERBER, L.A. (1982). Factors affecting the choice of a psychiatric career: an experimental study. *Psychiatric Quarterly*, v. 54, n. 1, p. 26-32.
- GIGLIO, J.S. (1994). Técnicas expressivas como recurso auxiliar na psicoterapia: perspectiva junguiana. *Boletim de Psiquiatria*, v. 27, n. 1, p. 21-25.
- GIL, A.C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, Ed. Atlas, 133p.
- GILBERT, J. (1996). Anticipating psychiatric fieldwork: students' trait anxiety, coping styles, attitudes, self-esteem, locus of control, prior knowledge and experience. *Australian Occupational Therapy Journal*, v. 43, p. 186.
- GILBERT, J.; STRONG, J. (1997). Australian occupational therapy students: attitudes towards and knowledge about psychiatry. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 60, n. 1, p. 12-16.
- GILLETTE, N.; KIELHOFNER, G. (1979). The impact of specialization on the professionalization and survival of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 33, n. 1, p. 20-28.
- GRANET, R.B.; COOPER, A.M. (1990). Career choices in psychiatry: the evolution from resident to practitioner. *Comprehensive Psychiatry*, v.31, n. 6, p. 540-548.
- HAGUETTE, T.M.F. (1995). *Metodologias qualitativas na Sociologia*. Editora Vozes, Rio de Janeiro, 110p.

- HAHN, M.S. (1987). Análise preliminar de uma experiência de supervisão para terapeutas ocupacionais em hospitais psiquiátricos públicos e ambulatórios no Interior do Estado de São Paulo. Comunicação pessoal apresentada na II Jornada de Terapeutas Ocupacionais em Saúde Mental, Ribeirão Preto. (mimeo).
- HAHN, M.S. (1990). Educação continuada - o processo de supervisão em psiquiatria: do aluno ao profissional. *Cadernos de T. O. UFSCar*, v. 1, n. 1, p. 50-65.
- HAHN, M.S. (1994a). Estudo da clientela de um programa de atenção em saúde mental junto ao estudante universitário de São Carlos. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, FCM-UNICAMP, 137P.
- HAHN, M.S. (1994b). The development of mental health services: occupational therapy's inclusion in Brazil. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 57, n. 5, p. 168-170.
- HAHN, M.S. (1998). Experiences, Perceptions and Reasoning of Clinical Supervisors Courses. Book of Abstracts B 2-14 (#838) 12º Congresso Mundial de Terapia Ocupacional, Montréal, Canadá.
- HAIMAN, S. (1990). Education and enticement: a recruitment strategy. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 10, n. 1, p. IX-XVI.
- HASSELKUS, B.R. (1997). In the eye of the beholder: the researcher in qualitative research. *The Occupational Therapy Journal of Research*, v. 17, n. 2, p. 81-83.
- HEATER, S.L. (1992). Specialization or uniformity within the profession? *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 46, n. 2, p. 172-173.
- HENGEL, J.L.; ROMEO, J.L. (1995). A group approach to mental health fieldwork. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 49, n. 4, p. 354-358.
- HUNT, D.D.; FENICHEL, G.; BAKER, V.; FEATHERSTONE, H.J. (1984). Contrasts in professional identities of psychiatrists and internists. *Journal of Medical Education*, v. 59, p. 894-899.
- KAPLAN, A. (1975). A conduta na pesquisa. São Paulo. E.P.U./EDUSP, 440 p.
- KAUR, D.; SEAGER, M.; ORRELL, M. (1996). Occupation or therapy? The attitudes of mental health professionals. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 59, n. 7, p. 319-322.

- KAUTZMANN, L.N. (1995). Alternatives to psychosocial fieldwork: part of the solution or part of the problem? *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 49, n. 3, p. 266-268.
- KIRSCHBAUM, D.I.R. (1994). Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, FCM-UNICAMP, Campinas, 369p.
- KLEINMAN, B.L. (1992). The challenge of providing occupational therapy in mental health. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 46, n. 6, p. 555-557.
- KVALE, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications, Londres, 326 p.
- LABATE, R.C.; CASSORLA, R.M.S. (1999). A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 2, p. 101-105.
- LANCMAN, S.(1998). A influência da capacitação do terapeuta ocupacional no processo de constituição da profissão no Brasil. *Cadernos de T. O. UFSCar*, v. 7, n. 2, p. 49-57.
- LEAL, L.G.P. (1987). Terapia Ocupacional – modelo profissional, a busca de uma identidade. Trabalho apresentado na mesa-redonda "Identidade dos profissionais de saúde mental" no XVIII Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, Fortaleza. (mimeo)
- LEE, T.M.C.; PATERSON, J.G.; CHAN, C.C.H. (1994). The effect of occupational therapy education on students' perceived attitudes toward persons with disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 48, n. 7, p. 633-638.
- LEWICKI, E.L.; SMITH, S.L.; CASH, S.H.; MADIGAN, M.J.; SIMONS, D.F. (1999). Factors influencing practice area preference in occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 14, n. 4, p. 1-19.
- LIMA, E.A. (1997). Terapia ocupacional: um território de fronteira? *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 8, n. 2/3, p. 98-101.
- LOPES, R.E. (1991). A Formação do Terapeuta Ocupacional. O currículo: histórico e propostas alternativas. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação- UFSCar, 215 p.

- LOPES, R.E. (1999). *Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, UNICAMP, Campinas, 546 p.*
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. EPU, 99p.*
- LYONS, M. (1997). *Understanding professional behavior: experiences of occupational therapy students in mental health settings. The American Journal of Occupational Therapy, v. 51, n. 8, p. 686-692*
- MADILL, H.M.; BRINTNELL, E.S. (1989). *The role of occupational therapy in mental health. Canadian Journal of Occupational Therapy, v. 56, n. 2, p. 3-6.*
- MAROTO, G.N.V. (1991). *Terapia ocupacional: Discurso e prática no estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação, UFSCar, São Carlos, 138 p.*
- MEDEIROS, M.H.R. (1994). *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, UNICAMP, Campinas, 202 p.*
- MICKAN, S.M. (1995). *Student preparation for pediatric fieldwork. British Journal of Occupational Therapy, v. 58, n. 6, p. 239-244.*
- MILLAN, L.R.; MARCO, O.L.N.; ROSSI, E.; MILLAN, M.P.B.; ARRUDA, P.V. (1991). *Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. Revista ABP - APAL, v. 13, n. 4, p. 137-142.*
- MINAYO, M.C.S. (1992). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec- Abrasco, 269 p.*
- MOLL, S.; COOK, J.V. (1997). *"Doing" in mental health practice: therapists' beliefs about why it works. The American Journal of Occupational Therapy, v. 51, n. 8, p. 662-670.*
- MONTEIRO, D.M.R. (1998). *Mulher: feminino plural. Record Editora, Rio de Janeiro, 202 p.*
- NEY, P.G.; TAM, W.W.K.; MAURICE, W.L. (1990). *Factors that determine medical student interest in psychiatry. Australian and New Zealand journal of Psychiatry, v. 24, p. 65-76.*

- PAGANIZZI, L. (1997). Formación del terapeuta ocupacional. Anais do V Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional - Belo Horizonte, p.113-116.
- PALHARES, M.S. (1991). Estudo do currículo de terapia ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 2, n. 2, p. 149-165.
- PARKER, H.J.; CHAN, F. (1986). Prestige of allied health professions: perceptions of occupational and physical therapists. The Occupational Therapy Journal of Research, v. 6, n. 4, p. 247-250.
- PFEIFFER, L.I. (1999). Trabalhando com a formação do terapeuta ocupacional reflexivo para atuar junto a crianças com atraso no desenvolvimento. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, UFSCar, São Carlos, 121p.
- PRICE, S. (1993). New pathways for psychosocial occupational therapists. The American Journal of Occupational Therapy, v. 47, n. 6, p. 557-559.
- REBEIRO, K.L. (1998). Occupation as means to mental health: a review of the literature, and a call for research. Canadian Journal of Occupational Therapy, v. 65, n. 1, p. 12-19.
- RENWICK, R.; FRIEDLAND, J.; SERNAS, V.; RAYBOULD, K. (1990). Crisis in psychosocial occupational therapy: a closer look. Canadian Journal of Occupational Therapy, v. 57, n. 5, p. 279-284.
- REUCHLIN, M. (1971). Os Métodos em Psicologia. Difusão Européia do Livro, São Paulo, 135 p.
- RUBIN, H.J.; RUBIN, I.S. (1995). The qualitative interviewing the art of hearing data. Sage Publications, Londres.
- SACHS, D.; JARUS T., (1994). A survey of Israeli occupational therapists' definitions of the profession. Occupational Therapy International, v. 1, p. 261-277.
- SACHS, D.; LABOVITZ, D.R. (1994). The occupational therapist: scope of professional roles and boundaries. The American Journal of Occupational Therapy, v. 48, n. 11, p. 997-1005.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. (1993). Dados do Programa de Saúde do Deficiente. São Paulo, 3 p.

- SCHER, M.E.; CARLINE, J.D.; MURRAY, J.A. (1983). Specialization in psychiatry: what determines the medical student's choice pro or con? *Comprehensive Psychiatry*, v. 24, n. 5, p. 459-468.
- SCOTT, A.H. (1990). A review, reflections and recommendations: specialty preference of mental health in occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 10, n. 1, p. 2-28.
- SCOTT, A.H. (1994). Does satisfaction with level II fieldwork influence choice of mental health specialty? *WFOT-Book of Abstracts, 11<sup>th</sup> International Congress, London*, p. 115-117.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL. (1984). *Relatório da comissão designada pela resolução SS n.º 09 de 23.02.84*, 74 p.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL. (1985). *Relatório de Avaliação-CSM, 1983 -1985, Hercília Valladares*, 18 p.
- SHEEHY, G. (1985). *Passagens - Crises previsíveis da vida adulta*. Francisco Alves, 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro.
- SHELLEY, R.K.; WEBB, M.G.T. (1986). Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? *Medical Education*, v. 20, n. 4, p. 330-334.
- SIERLES, F.S.; TAYLOR, M.A. (1995). Decline of U. S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. *American Journal of Psychiatry*, v. 152, n. 10, p. 1416-1426.
- SLEDGE, W.H.; LEAF, P.J.; SACKS, M.H. (1987). Applicants' choice of a residency training program. *American Journal Psychiatric*, v. 144, n. 4, p. 501-503.
- SOUZA, C.T.S. (1997). "Quem somos, o que fazemos e para onde vamos". *Anais do V Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional - Belo Horizonte*, p. 5-16.
- TAYLOR, J. (1995). A different voice in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 58, n. 4, p. 170-174.
- TRICKEY, B.A.; KENNEDY, D.B. (1995). Use of occupational therapists in mental health settings in South Carolina. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 49, n. 5, p. 452-455.

- TRIVIÑOS, A.N.S. (1990). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. Editora Atlas, São Paulo, 175 p.
- VILLARES, C.C. (1998). *Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: um panorama geral*. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 9, n. 3, p. 105-113.
- VITTA, F.C.F. (1998). *Uma Identidade em Construção: o terapeuta ocupacional e a criança com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor*. Editora da Universidade do Sagrado Coração, EDUSC, Bauru, SP., 99 p.
- VOGEL, K.A. (1991). *Perceptions of practitioners, educators, and students concerning the role of the occupational therapy practitioner*. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 45, n. 2, p. 130-136.
- WALENS, D.; WITTMAN, P.; DICKIE, V.A.; KANNENBERG, K.R.; TOMLINSON, J.L.; RAYNOR, O.U. (1998). *Current and future education and practice: issues for occupational therapy practitioners in mental health settings*. *Occupational Therapy in Mental Health*, v.14, n.1/2, p. 107-118.
- WEISSMAN, S.H.; BASHOOK, P.G. (1991). *Forty-year trends in selecting a psychiatric career*. *Psychiatric Quarterly*, v. 62, n. 2, p. 81-93.
- WITTMAN, P.P.; SWINEHART, S.; CAHILL, R.; MICHEL, G.S. (1989). *Variables affecting specialty choice in occupational therapy*. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 43, n. 9, p. 602-606.
- WOOLGER, R.; WOOLGER, J. (1997). *A deusa interior*. Editora Cultrix, São Paulo.
- ZIMNY, G.H., SATA, L.S. (1986). *Influence of factors before and during medical school on choice of psychiatry as a specialty*. *American Journal of Psychiatry*, v. 143, n. 1, p. 77-80.

**ANEXOS**

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

## P1. Identificação

IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS
-------	------	--------------	------------------

P2. Alguém de suas relações familiares é profissional da área de saúde? Quem?

Qual categoria e/ou especialidade?

P3. Alguém de seus familiares é terapeuta ocupacional? Quem? Trabalha em qual área?

P4. Você ou alguém da sua família ou de seus conhecidos foi cuidado/tratado por terapeuta ocupacional? Em que circunstâncias? Por quanto tempo? (anos/meses)

P5. Você cursou ou está cursando algum outro curso universitário além de Terapia Ocupacional? Qual?

P6. Instituição na qual se formou em Terapia Ocupacional

CIDADE	ESTADO	DATA DE ENTRADA	DATA DE SAÍDA
--------	--------	-----------------	---------------

P7. Estágios realizados durante o curso de graduação em Terapia Ocupacional:<sup>1</sup>

ÁREA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	CURRICULAR PROFISSIONALIZANTE	EXTRA CURRICULAR
disfunções físicas					
psiquiatria/saúde mental					
deficiência mental					
deficiências sensoriais					
geriatria / gerontologia					
saúde pública					
outra (s)					

<sup>1</sup> O enquadramento por áreas é apenas para orientação, as mesmas não serão explicitadas aos sujeitos para que eles próprios o façam. Após todas as entrevistas concluídas será realizada uma catalogação que abrangerá todas as áreas.

## O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em Terapia Ocupacional

### Anexo A

P8. Qual foi o estágio de que mais gostou? Por quê? Cite a(s) principal(ais) razão(ões).

P9. Qual foi o estágio de que menos gostou? Por quê? Cite a (s) principal(ais) razão(ões).

P10. Em que momento você fez sua opção por uma área de especialidade em Terapia Ocupacional?

Antes de entrar para o Curso de Terapia Ocupacional	
Ao entrar no Curso	
Ao concluir as disciplinas básicas da área biológica	
Ao concluir as disciplinas básicas da área de humanas	
Ao concluir as disciplinas pré-profissionalizantes	
Ao concluir as disciplinas aplicadas	
Antes de iniciar os estágios profissionalizantes	
Ao longo dos estágios profissionalizantes	
Ao concluir os estágios profissionalizantes	

P11. Qual foi a sua opção de área de especialidade? Por quê?

P12. Você modificou sua opção ao longo do Curso? Se sim, quando e por qual razão?

P13. Quando e por que decidiu continuar sua capacitação em Terapia Ocupacional?

P14. Por que escolheu um Curso de Aprimoramento?

P15. Para qual (quais) área (s) prestou exame de seleção?

P16. Em quais Instituições?

P17. Em qual (quais) foi aprovada?

P18. Qual escolheu?

P19. Por quê?

P20. Aprimoramento

INSTITUIÇÃO	ÁREA	DATA DE ENTRADA	ANO QUE ESTÁ CURSANDO
-------------	------	-----------------	-----------------------

P21. Quais fatores você identifica como tendo influenciado a sua escolha de Área no Curso de Aprimoramento? Separe os aspectos que você considera positivos dos negativos.<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Listar opções: mercado de trabalho; interesse pela área; facilidade de acesso; motivação pela Instituição; motivação pelo supervisor; colegas que já cursaram; etc.

P22. Você identifica alguém que a tenha influenciado para a área de especialidade escolhida?

P23. Você pretende trabalhar na área de especialidade de seu Curso de Aprimoramento? Sim ou não? Por quê?

P24. Comente algum outro aspecto que você considera importante em relação à sua escolha de área de especialidade que ainda não tenha sido mencionado.<sup>3</sup>

P25. Quais foram as razões que a levaram à interrupção de seu programa de aprimoramento?<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup>Oportunizar a possibilidade de um relato mais pessoal e menos direcionado.

<sup>4</sup>Pergunta formulada apenas às quatro terapeutas ocupacionais desistentes.

TABULAÇÃO GERAL DAS RESPOSTA ÀS ENTREVISTAS

P1 – IDENTIFICAÇÃO

ENTREVISTA	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	FILHOS	ENTREVISTA	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	FILHOS
01	23	Fem.	Solt.	0	17	22	Fem.	Solt.	0
02	22	Fem.	Solt.	0	18	24	Fem.	Solt.	0
03	23	Fem.	Solt.	0	19	24	Fem.	Solt.	0
04	25	Fem.	Solt.	0	20	22	Fem.	Solt.	0
05	24	Fem.	Solt.	0	21	25	Fem.	Cas.	0
06	24	Fem.	Solt.	0	22	25	Fem.	Solt.	0
07	24	Fem.	Cas.	0	23	22	Fem.	Solt.	0
08	24	Fem.	Solt.	0	24	23	Fem.	Solt.	0
09	26	Fem.	Solt.	0	25	22	Fem.	Solt.	0
10	23	Fem.	Solt.	0	26	26	Fem.	Solt.	0
11	24	Fem.	Solt.	0	27	23	Fem.	Solt.	0
12	25	Fem.	Solt.	0	28	22	Fem.	Solt.	0
13	29	Fem.	Solt.	0	29	23	Fem.	Cas.	01
14	27	Fem.	Solt.	0	30	25	Fem.	Solt.	0
15	24	Fem.	Solt.	0	31	36	Fem.	Cas.	02
16	24	Fem.	Solt.	0	32	23	Fem.	Solt.	0

**P2 – ALGUÉM DE SUAS RELAÇÕES FAMILIARES É PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE? QUEM? QUAL CATEGORIA E/OU ESPECIALIDADE?**

ENTREVISTA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	GRAU DE PARENTESCO	ESPECIALIDADE	ENTREVISTA	PROFISSIONAL DE SAÚDE	GRAU DE PARENTESCO	ESPECIALIDADE
01	Não			17	Não		
02	Não			18	Sim	Primo 2º grau	Médico clínico geral
03	Sim	Pai Ex-namorado	Médico oftalmologista Residente oftalmologia	19	Não		
04	Sim	Tia paterna Primo Primo/casamento	Assistente social Médico pediatra Veterinário	20	Não		
05	Não			21	Sim	Tio materno Tia materna	Dentista Psicóloga
06	Sim	Tia paterna Prima Primo 2º grau Primo/casamento	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Dentista Médico	22	Não		
07	Sim	Tio/casamento Tio/casamento Sogro	Médico gastroenterologista Médico urologista Médico pediatra	23	Não		
08	Não			24	Não		
09	Sim	Mãe Duas irmãs Primo materno	Enfermeira padrão Fonoaudiólogas Médico pediatra	25	Sim	Primo materno Primo materno Prima materna Primo materno Prima	Médico pediatra Médico ortopedista Psicóloga Dentista Estudante de medicina
10	Sim	Primo materno	Dentista	26	Não		
11	Sim	Avô Pai 3 Primos paternos Primo/casamento	Dentista Dentista Dentistas Médico cardiologista	27	Sim	Mãe	Auxiliar de Enfermagem
12	Sim	Irmã	Fisioterapeuta	28	Sim	Irmã Cunhado	Fonoaudióloga Farmacêutico
13	Sim	Tio materno Tia materna Primo paterno Primo 2º grau	Médico pediatra Fisioterapeuta Médico ortopedista Médico ortopedista	29	Sim	Primo paterno Primo paterno	Médico ginecologista Médico patologista
14	Sim	Avó materna	Auxiliar de Enfermagem	30	Sim	Mãe	Auxiliar de Enfermagem
15	Sim	Tia paterna Prima materna Cunhada	Enfermeira Médica Fonoaudióloga	31	Sim	Irmã	Fisioterapeuta
16	Sim	Primo materno Primo 2º grau Primo 2º grau Noivo	Médico neurocirurgião Médico pediatra Médico ginecologista Dentista	32	Não		

P3 – ALGUÉM DE SEUS FAMILIARES É TERAPEUTA OCUPACIONAL? QUEM? TRABALHA EM QUAL ÁREA?

P4 – VOCÊ OU ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA OU DE SEUS CONHECIDOS FOI CUIDADO/TRATADO POR TERAPEUTA OCUPACIONAL? EM QUE CIRCUNSTÂNCIAS? POR QUANTO TEMPO? (ANOS/MESES)

ENTREVISTA	T.O.	TRATAMENTO	QUEM	CIRCUNSTÂNCIA	TEMPO
01	Não	Sim	Conhecido distante		
02	Não	Não			
03	Não	Não			
04	Não	Sim	Sobrinho, 10 anos	Psiquiatria infantil	2 meses
05	Não	Não			
06	Não	Não			
07	Não	Não			
08	Não	Não			
09	Não	Não			
10	Não	Não			
11	Não	Sim	Primo 2º grau	Síndrome de West	6 meses
12	Não	Sim	Mãe	Fratura de rádio	6 meses
13	Não	Sim	Sobrinho do namorado	Deficiência mental	6 anos
14	Não	Não			
15	Não	Sim	Irmão (falecido aos 21 anos)	Mal de Barthelem	Desde nasc.
16	Não	Sim	Vizinho, 5 anos	Retardo de Desenv.	Desde nasc.
		Sim	Tia, paterna	Síndrome de Down	Muito tempo
17	Não	Sim	Primo, 8 anos	Meningite	Desde nasc.
18	Não	Não			
19	Não	Sim	Primo 2º grau	Paralisia Cerebral	1-2 anos
20	Não	Sim	Conhecidos	Lesão Medular	
21	Não	Não			
22	Não	Não			
23	Não	Não			
24	Não	Não			
25	Não	Sim	Conhecida	Acidente Vascular Cerebral	6 meses-1 ano
26	Não	Sim	Prima	Traumatismo Craniano	6 meses
27	Não	Não			
28	Não	Não			
29	Não	Não			
30	Não	Não			
31	Não	Sim	Avó	Acidente Vascular Cerebral	2-3 meses
32	Não	Não			

P5 – VOCÊ CURSOU OU ESTÁ CURSANDO ALGUM OUTRO CURSO UNIVERSITÁRIO ALÉM DE TERAPIA OCUPACIONAL? QUAL?  
 P6 – INSTITUIÇÃO NA QUAL SE FORMOU EM T.O., CIDADE, ESTADO, DATA DE ENTRADA E DATA DE SAÍDA.

ENTREVISTA	OUTRO CURSO	QUAL / TEMPO	INSTITUIÇÃO ONDE SE FORMOU	CIDADE	UF	ENTRADA	SAÍDA
01	Não		PUCamp	Campinas	SP	03/93	12/96
02	Não		PUCcamp	Campinas	SP	03/93	12/96
03	Não		PUCcamp	Campinas	SP	03/93	12/96
04	Não		FCMMG	Belo Horizonte	MG	02/92	12/96 (curso de 5 anos)
05	Não	Magistério antes	PUCcamp	Campinas	SP	03/93	12/96
06	Não		USP	São Paulo	SP	03/92	12/95
07	Não		USP	São Paulo	SP	03/91	12/95 (curso em 5 anos)
08	Não		USP	São Paulo	SP	03/92	12/96
09	Não		USP	São Paulo	SP	03/91	12/95 (curso em 5 anos)
10	Não		UFSCar	São Paulo	SP	03/93	12/96
11	Não		PUCcamp	Campinas	SP	03/93	12/96
12	Não		UFSCar	São Carlos	SP	03/93	12/96 (curso em 4,5 anos transferida)
13	Não		Fac. de Educação Física	Lins	SP	03/91	12/96 (curso em 6 anos)
14	Não		UFSCar	São Carlos	SP	03/91	12/96 (curso em 6 anos)
15	Não	Computação – 6 meses	PUCcamp	Campinas	SP	03/93	12/96
16	Não		UFSCar	São Carlos	SP	03/92	12/96 (curso em 5 anos)
17	Não		PUCcamp	Campinas	SP	03/93	12/96
18	Não		UFSCar	São Carlos	SP	03/93	12/96
19	Não	Pedagogia – 3 meses	PUCcamp	Campinas	SP	03/93	12/96
20	Não		UFSCar	São Carlos	SP	03/93	12/96
21	Não	Início PUC – 1990	UFSCar	São Carlos	SP	03/91	12/95 (curso em 6 anos)

ENTREVISTA	OUTRO CURSO	QUAL / TEMPO	INSTITUIÇÃO ONDE SE FORMOU	CIDADE	UF	ENTRADA	SAÍDA
22	Não		PUCCamp	Campinas	SP	03/93	12/96
23	Não		PUCCamp	Campinas	SP	03/93	12/96
24	Não		PUCCamp	Campinas	SP	03/93	12/96
25	Não		PUCCamp	Campinas	SP	03/93	12/96
26	Não		UFSCar	São Carlos	SP	03/91	12/96 (curso em 5 anos e meio, transferida)
27	Não		PUCCamp	Campinas	SP	03/92	12/96
28	Não		PUCCamp	Campinas	SP	03/93	12/96
29	Não		PUCCamp	Campinas	SP	03/93	12/96
30	Não		Fac. de Educação Física	Lins	SP	03/93	12/96
31	Sim	Letras depois de TO	Fac. de Educação Física	Lins	SP	03/81	12/83 (1ª turma -- curso de 3 anos)
32	Não		Fac. de Educação Física	Lins	SP	03/93	12/96

### Legenda

- FCMMG – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
- Fac. de Educação Física – Faculdade de Educação Física de Lins
- PUCCamp – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
- UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
- USP – Universidade de São Paulo

P7 A – ESTÁGIOS REALIZADOS DURANTE O CURSO DE GRADUAÇÃO EM T.O. – DISFUNÇÕES FÍSICAS

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	CURRICULAR	EXTRA CURRICULAR	COMENTÁRIOS
01	Casa da criança paraplítica, Pediatra Unicamp	Infantil	Visitas de 1º ano	Sim		Intercalado com Grupo
	Ambulatório de reabilitação física PUCCAMP	Adulto	2º ano 2 meses	Sim		Observação + atuação dirigida
02	Ambulatório de reabilitação física PUCCAMP	Adulto	2º ano 4 meses	Sim		Celso Plerro
03	Hospital e ambulatório distúrbios físicos geral		Observação 2º ano	Sim		
			4º ano	Sim		
04	Clinica de reabilitação CIEE (remunerado)	Adulto	4º ano 6 meses/ 20h		Sim	Terapia de mão / muito marcante
	Hospital municipal Odilon Behrens MG	Adulto	4º ano 6 meses		Sim	Hospital e ambulatório
	Hospital São José (feito grupos) MG	Adulto	4º ano 2 meses/ 20h	Sim		Só hospitalização
	Ambulatório materno infantil neuropediatria	Infantil	4º ano 2 meses/ 20h	Sim		Foi no qual mais se envolveu
	Ambulatório Escola Silvine Brandão MG	Adulto	5º ano 3 meses/ 20h	Sim		
05	Clinica Escola ambulatório PUCCAMP	Infantil	Visita 1º ano	Sim		Seqüelas neurológicas
	Ambulatório de área física	Adulto	2º ano 2 meses 4 h	Sim		Intercalado com Grupo
06	Escola Municipal de Integração da Criança e Casa do Excepcional Maria Maia Carapicuíba	Infantil	Observação 60 h	Sim		Paralisia Cerebral (área física infantil)
	Hospital Municipal do Tatuapé	Adulto	Atuação 321 h	Sim		Muito desorganizado
						Queimados foi muito legal
						Ortopedia não gostou
07	Instituto Maria Maia e Pequeno Cotoengo	Infantil	Observação 60 h	Sim		Centrado em Paralisia Cerebral, prejudicado
	UBS Vila Dalva Rio Pequeno	Infantil	Atuação 360 h	Sim		Amputados, mais trabalho social que reabilitação física / centrado em desenvolvimento neuropsicomotor orientação às mães
08	Instituto Maria Maia e Pequeno Cotoengo	Infantil	Observação 60 h	Sim		
	Hospital Municipal do Tatuapé	Infantil/Adulto	Atuação 360 h	Sim		
09	NAPES São Carlos	Adulto	4 meses + de 240h	Sim		
10	H.C. UNESP Botucatu	Adulto	240h	Sim		Ortopedia
	H.C. UNESP Botucatu	Infantil	240h	Sim	Sim	Neuropediatria

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	CURRICULAR	EXTRA CURRICULAR	COMENTÁRIOS
11	Ambulatório PUCAMP (AVC, paraplegia)	Adulto	3 meses + 6 meses	Sim		Estágio de 2º e 3º anos
12	NAPES São Carlos	Adulto	4 meses / 240 h	Sim		
13	Centro de Reab. Física Dom Bosco Lins	Infantil/adulto	240h	Sim		Neuroortopedia / Clínica Médica
14	ARDEFE Assoc. Rio Pretense de Def. Físicos	Infantil/adulto	56h		Sim	
	Hospital do Servidor Público Municipal	Infantil/adulto	+ de 240 h	Sim		
	Projeto de pesquisa	Adulto	4 meses / 8 h semanais		Sim	Lesado medular
15	Ambulatório PUCAMP	Adulto	6 meses / 3x / semana	Sim		2º e 3º anos
16	Hospital do Servidor Público Municipal	Adulto/idoso	7 meses 20h semanais	Sim		Mais de 350 horas (internação e ambulatório)
17	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	1º ano	Sim		
	Clínica de Reabilitação Jones- Americana	Infantil	2 anos 3 x / semana / 9h		Sim	Deficientes mentais / neurologia
18	Instituto de Ortopedia (IOTHC) terapia de mão	Infantil/idoso	5 meses/480 h	Sim		
19	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	1º, 3º e 4º anos	Sim		
	CIAD – Centro de Atenção ao Deficiente	Infantil	2 meses/ 1x / semana		Sim	Fez 3 vezes o mesmo estágio + monitoria dispositivos e adaptações
20	Instituto de Ortopedia (IOTHC) terapia de mão	Infantil/idoso	+ de 240 h	Sim		Foi bem alongo
21	Centro Infantil de Reabilitação Hortolândia	Até 12 anos	4 meses ½ período	Sim		
22	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	3 meses 2º ano	Sim		
23	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	4 meses / 1x / semana			
24	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	4 meses / 1 x / sem / 2º ano	Sim		
25	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	2º, 3º, e 4º ano	Sim		Fez 3 vezes o mesmo estágio + monitoria dispositivos e adaptações
26	NAPES São Carlos	Adulto	4 meses / 240 h	Sim		
27	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Infantil	2 meses / 2 x / semana	Sim		
28	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	2º ano / 2 x / semana	Sim		
29	Ambulatório PUCAMP Celso Pierro	Adulto	4 meses / 2 x / sem / 75h	Sim		
30	Clínica Dom Bosco Lins	Infantil/idoso	2 x estágio / 2 meses	Sim		
	Ambulatório Unesp Botucatu	Infantil/idoso	15 dias	Sim		Terapia de mão / neuropsiquiatria
31	Clínica Dom Bosco Lins	Infantil/idoso	2 – 3 meses ½ período	Sim		
32	Clínica Dom Bosco Lins	Infantil/idoso	3 meses ½ período	Sim		Ambulatório

P7 B – ESTÁGIOS REALIZADOS DURANTE O CURSO DE GRADUAÇÃO EM T.O. – PSQUIATRIA

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESESHORAS	CURRICULAR	EXTRA CURRICULAR	COMENTÁRIOS
01	UPU- Unidade Psiquiátrica de Urgência Hospital Cândido Ferreira	Adulto	2º ano 4 meses / 12 h 4º ano 4 meses / 40 h	Sim		Atuava junto com a T.O. Hospital Dia + Asilar
02	UPU- Unidade Psiquiátrica de Urgência Hospital Cândido Ferreira	Adulto	2º ano 4 meses 3º e 4º ano 20 h	Sim	Sim	Observação em enfermaria Voluntário e remunerado respectivamente
03	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	3º ano	Sim		Internação
04	Ambulatório de Saúde Mental Psiquiatria ambulatorial Hospital Galba Veloso	Adolescente Infantil/adulto	4º ano 2 meses / 8 h 12 h semanais 20 h semanais	Sim	Sim	Hospital-escola
05	Saúde mental	Adulto	Visita 1º ano	Sim		Enfermaria
06	UPU- Unidade Psiquiátrica de Urgência Hospital Dia Infantil da Moóca Psiquiatria NAPES 1 Santos crônicos saídos do Hospital Archifeia / psicóticos	Infantil/adolescente Adolescente/idoso	2º ano 4 meses / 4 h Observação 30 h 4º ano / 512 h / Atuação	Sim		Foi super legal Preocupação social (região mais pobre, zona norte) foi estágio escolhido
07	Hospital Dia Infantil da Moóca	Infantil/adolescente	Observação 60 h	Sim		Estava bem despreparada de teoria / muito interessante
08	Hospital Dia Itaim (atendimentos individuais e grupais, oficinas, aprofundamento teórico em patologias) Hospital Dia Jabaquara	Adolescente/idoso	Atuação 380 h	Sim		Apaixonou-se, o que mais gostou / Sentiu-se integrada e profissional
09	Hospital Dia Ribeirão Preto	Adulto	3 meses integral 300 h	Sim	Sim	Foi por concurso, neurológicos e psicóticos
10	Hospital Dia Botucatu	Adulto	480 h	Sim		
11	Hospital Cândido Ferreira	Adolescente/adulto	3 e 4º ano 6 meses cada	Sim		Agudos e Oficinas
12	NAPES – São Carlos	Adulto	4 meses / 240 h	Sim		Internação crônicos
13	Hospital Psiquiátrico Clemente Ferreira Ambulatório ERSA Lins	Adulto Adolescente	90 h 90 h	Sim	Sim	Distúrbio de aprendizagem

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	CURRICULAR	EXTRA CURRICULAR	COMENTÁRIOS
14	A CASA	Adulto/jovem	+ de 240 h	Sim		
15	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	6 meses / 3 x / semana	Sim		4º e 3º ano / Internação e Oficina
16	Ambulatório Hospital do Mandaqui	Adulto/adolescente	5 meses / 20 h semanais	Sim		Mais de 240 horas
17	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	3º ano / 6 meses	Sim		Internação / moradia
18	Hospital Cândido Ferreira	Adolescente/adulto	5 meses ½ período / 480 h	Sim		Hospital Dia
19	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	3º ano	Sim		Internação
20	Hospital Dia Infantil Vila Prudente	Infantil	menos de 240 h	Sim		Saiu por causa do PAS
21	Centro de Saúde Jardim Aurélio Ambulatório	Adulto/idoso	4 meses ½ período	Sim		Teve experiência profissional – Trabalhou 1 ano no Hospital Cristália – Itapira
22	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	6 meses	Sim		Enfermaria/NOT – Núcleo de Oficinas de Trabalho – profissionalizante
23	UPU - Unidade Psiquiátrica de urgência	Adulto	4 meses / 1 x / semana			Internação agudos
24	UPU- Unidade Psiquiátrica de Urgência	Adulto/adolescente	6 meses 3º ano	Sim		Enfermaria
25	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	6 meses 3 x semana	Sim		Hospital Dia pacientes crônicos
26	A CASA	Adulto/adolescente	5 meses ½ período	Sim		
27	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	6 meses / 4º ano	Sim		Agudos Hospital Dia
	Hospital Cândido Ferreira	Adolescente			Sim	Dependentes Químicos
28	UPU- Unidade Psiquiátrica de Urgência	Adulto/idoso	3º ano	Sim		Enfermaria
29	UPU- Unidade Psiquiátrica de Urgência	Adulto	90 h / 3º ano	Sim		
	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	3º ano / 120 h / 6 meses	Sim		Setor de moradores
	Hospital Cândido Ferreira	Adulto	4º ano / 517 h / 8 meses	Sim		Contrato remunerado
30	Hospital Psiquiátrico Clemente Ferreira	Adulto	2 meses	Sim		Ambulatório / hospital crônicos
31	Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes	Adulto/idoso	2-3 meses ½ período	Sim		Internação
32	Hospital Psiquiátrico Clemente Ferreira	Adulto	3 meses ½ período	Sim		Enfermaria e ambulatório
	Santa Casa de Misericórdia Nova Granada	Adulto	3 meses ½ período	Sim	Sim	Enfermaria feminina

P7 C – ESTÁGIOS REALIZADOS DURANTE O CURSO DE GRADUAÇÃO EM T.O. – OUTRAS ÁREAS CURRICULARES

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	COMENTÁRIOS
01	Pediatria enfermaria PUCC Pediatria enfermaria PUCC Deficiência mental Centro de Saúde Integração PUCC + Prefeitura	Infantil Infantil	2. ano 2 meses 4. ano 4 meses 3. ano 12 h 3. ano	Observação intercalada com Grupo Com crianças hospitalizadas Visitas de 1º ano em Asilo
02	Pediatria enfermaria PUCC Internação até 12 anos PROGEM menor infrator ambulatório CEPRE Gabriel Porto deficiência Visual Ambulatório Infantil PUCC até 12 anos	Infantil Infantil/adolescente Infantil/adulto Infantil	3. ano 6 meses 3. ano 4. ano 6 meses 4. ano 6 meses	Visitas de 1º ano, Psiquiatria Unicamp, Escola Escalada, Instituto do Cego Trabalhador
03	Pediatria enfermaria PUCC Posto de Saúde Integração comunidade	Infantil Adulto	2. ano 2 x / semana 3. ano	Visitas de 1º ano, Lar dos Velinhos - Geriatria
04	Deficiência Visual e Auditiva ambulatório Ambulatório Materno Infantil Internato Rural Iguaçu	Infantil/adulto Infantil Infantil/idoso	4. ano 2 meses/ 08 h 4. ano 2 meses/ 12 h 5. ano / 3 meses / 30 h	Talvez o que menos gostou 3ª idade, creche, gestantes, diabéticos, hipertensos
05	PROGEM menor infrator ambulatório / Hospital Dia Lar dos Velinhos - Geriatria Ambulatório Infantil PUCC até 12 anos	Infantil Idoso Infantil	2. ano 2 meses / 04 h 3. ano 4 meses / 04 h 4. ano 6 meses 20 h	Instituição religiosa + prefeitura com Grupo "Foi um baque"
06	COMEC Centro de Orientação ao Menor Campinas	Adolescente	4. ano 6 meses 20 h	Menor infrator
07	CECCO Parque da Previdência	Infantil/adolescente	Atuação 300 h	Deficiência Mental e crianças institucionalizadas
08	CECCO Parque da Previdência	Infantil/idoso	Atuação 300 h	"Foi um estágio mal programado, era muito solto "
09	OAT- Deficiência Mental APAE São Carlos NAPES São Carlos Geriatria São Carlos	Adolescente/adulto Infantil/adolescente Infantil Idoso	Atuação 300 h 240 h 30 h 30 h	Aplicadas Aplicadas atendimento domiciliar Alzheimer
10	Deficiência Mental	Adulto		Síndrome de Down em Aplicadas
11	Ambulatório Infantil PUCC até 12 anos	Infantil	4. ano 6 meses	Deficiências físicas, sensoriais e mental
12	FUNFARME Pediatria até 12 anos	Infantil	4 meses / + de 240 h	
13	Creche São Francisco até 6 anos	Infantil	150 h	
14	UNIBES Deficiência Mental	Adulto/idoso	240 h	Problemas sociais, psiquiatria e gerontologia
15	Pediatria enfermaria PUCC	Infantil	4. ano 6 meses/2 x/ semana	Visitas de 1º ano, APAE; Corsini (AIDS); CAISM Unicamp; UPU- PUC
16	Hospital do Servidor Público Municipal	Idoso	8 meses / + de 700 h	Internação e ambulatório

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	COMENTÁRIOS
17	Pediatria enfermaria UNICAMP Pediatria enfermaria PUCG Centro de Saúde Jardim Casablanca CEPRE Gabriel Porto deficiência visual	Infantil Infantil Adolescente/adulto Infantil/adulto	1º ano 2º ano 3º e 4º ano 6 meses cada 4º ano / 6 meses	Deficiência mental, doença mental, meninos de rua
18	CEPRE Gabriel Porto deficiência visual	Infantil/idoso	360 h	Visitas de 2º ano, APAE; Corsini (AIDS); CAISM Menor infrator Social
19	Pediatria enfermaria PUCG COMEC Centro de orientação ao menor Campinas PROGEM Centro de Saúde	Infantil Adolescente Infantil	2º ano / 2 x / semana 4º ano / 6 meses 3º ano / 2 meses mais de 240 h	
20	UVT Deficiência mental, sensorial e Paralisia Cereb.	Infantil	4 meses ½ período	Estimulação precoce, distúrbio de aprendizagem
21	CETREIM Centro de Terapia Reab. Infantil. Mun.	Idoso	3º ano / 6 meses	Geriatría
22	Lar dos Velhos (Institucionalizados) Ambulatório Infantil Celso Piereo	Infantil/adolescente	6 meses	Deficiência mental
23	Pediatria enfermaria PUCG Centro de Saúde 1 CEPRE Gabriel Porto deficiência visual	Infantil Adulto Infantil/adulto	4 meses / 1 x / semana 4 meses / 1 x / semana 6 meses / 3 x / semana	Repetiu este estágio no 4º ano 3 x por semana Social e Deficiência Mental
24	CEPRE Gabriel Porto deficiência visual Lar dos Velhos (Institucionalizados) Pediatria enfermaria PUCG	Infantil/idoso Infantil	4º ano 6 meses 3º ano 2º e 4º ano	
25	PROGEM menor infrator ambulatorial / Hospital Dia Centro de Saúde	Infantil Adulto	3º ano / 1x / sem 3 meses	Visitas de 1º ano, APAE, Corsini (AIDS); creche
26	Santa Casa de São Carlos	Adulto/idoso	4 meses ½ período	Deficiência Mental
27	Posto de Saúde Integração Castelo Branco	Adulto	6 meses / 4º ano	Hemodálise
28	Lar dos Velhos - Geriatría CEPRE Gabriel Porto deficiência visual Pediatria enfermaria PUCG	Idoso Adulto Infantil	3º ano 4º ano 2º e 4º ano / 2 x / semana	Geriatría e saúde pública

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	COMENTÁRIOS
29	Centro de Saúde Integração CEPRE Gabriel Porto deficiência visual Pediatria enfermaria PUCC Ambulatório Infantil PUCC até 12 anos	Adulto Infantil/adulto Infantil Infantil	3. ano / 90 h 4. ano / 260 h 2 x / semana / 75 h 4. ano	Deficiência Mental
30	APAE + creche pública Asilo São Vicente de Paulo	Infantil/ Idoso	2 meses cada 1 x / semana	Deficiência mental + distúrbio de aprendizagem Geriatria
31	APAE ( mais 2 experiências profissionais) Creche pública Asilo São Vicente de Paulo	Infantil Infantil Idoso	2-3 meses ½ período 2-3 meses ½ período 3-4 meses ½ período	Deficiência Mental Distúrbio de aprendizagem Geriatria
32	APAE Lins Asilo Saúde pública ambulatório NGA Distúrbio de aprendizagem NGA	Infantil/adulto Idoso Adulto Infantil	3 meses ½ período 3 meses 1 x / semana 3 meses 2 x / semana 3 meses 3 x / semana	Deficiência Mental Geriatria Hanseniose

P7 D – ESTÁGIOS REALIZADOS DURANTE O CURSO DE GRADUAÇÃO EM T.O. – OUTRAS ÁREAS EXTRACURRICULARES

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	COMENTÁRIOS
01	CIAD Centro Interdisciplinar de Atenção ao Deficiente	Infantil/adulto	1° e 2° ano 2 e 3 x / semana 3° e 4° ano	Primeiro voluntária depois contratada para atividades de recreação, múltiplas deficiências (físicas e mentais) Revisão do currículo de medicina
02	Iniciação Científica (com uma médica)	Infantil/adolescente	1° ano 4 meses 8 h 2 x semanais	Acompanhava a T.O., crianças com Síndrome de Down e hiperatividade
03	CEI Centro Educacional Integrado	Infantil	3° ano	Múltiplas deficiências (físicas e mentais)
04	Instituto de Educação Escola Pública	Infantil	1° ano / 11 meses 16 h sem.	Primeiro voluntária depois remunerada, crianças com déficit de aprendizagem, equipe multidisciplinar Tipo um hospital - noite
05	Casa do Jornaleiro, Instituição Social Menores	Infantil	3° ano 2 meses / 08 h	" realidade diferente, achei difícil "
06	ADACAMP Associação dos Autistas	Infantil	4° ano 12 meses / 12 h	Deficiência visual
07	CEPRE Gabriel Porto	Infantil / Idoso	2° ano/ 40 h	Desenvolvimento infantil de crianças normais
08	Creche da USP (só observação para trabalho)	Infantil		
09				
10	Projeto Brinquedoteca Nosso Lar Iniciação Científica Monitoria de Cinesioterapia	Infantil Adulto	6 meses 120 h 1 semestre 12 h	Montagem de setor da creche de menores abandonados Laboratório de Espirometria
11	CIAD Centro Interdisciplinar de Atenção ao Deficiente	Infantil/adulto	2°, 3° e metade do 4° ano 12 h semanais	Estágio remunerado com múltiplas deficiências/ resultou na monografia sobre Síndrome de Down
12	Pediatria e Oncologia Pediátrica	Infantil	4 meses e meio 90 h + 100 h	FUNFARME São José do Rio Preto
13	APAE Lins e São José do Rio Preto	Idoso	2 ½ meses -- ½ período	
	Asilo Lar de Paula	Infantil/adolescente	30 h	Crianças abandonadas

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	COMENTÁRIOS
14	Cruz Verde Proj. de pesquisa "Meninos de Rua S. Carlos" Self Healing	Infantil/adulto Infantil/adolescente Infantil/adulto	3-4 meses 1/4 período 1 semestre / 8 h semanais 16 h	Paralisia cerebral, deficiências sensoriais Um paciente de cada faixa etária
15	CEPRE Gabriel Porto Hospital Amaral Carvalho Jau	Infantil Oncologia	3º ano / 2 x / semana 4º ano 1 semana	Avaliação infantil, método Bayle só com recém-nascidos Para a monografia
16	Auxiliar de pesquisa Projeto Faber (1ª fase) PIBIC – Projeto de Iniciação Científica Auxiliar de pesquisa Projeto Faber (2ª fase) Curso de especialização em Gerontologia	Infantil Infantil Infantil Idoso	2º ano / 6 meses / 20 h sem 3º ano / 12 meses / 12 h sem 3º ano / 20 h semanais 4º ano / 8 h semanais	Construção de material didático, análise de jogo de cubos Análise e aplicação de atividade com crianças normais de 07 a 09 anos no meio escolar público de São Carlos Análise e aceitabilidade de pintura facial para crianças Junto com o estágio no Hosp. Servidor Público Municipal "Centros de Saúde –Gerenciamento, administração em Políticas Públicas".
17	Iniciação Científica Depto. de Medicina Social PUCCAMP Monitoria voluntária ART (parte prática)	Adolescente Adulto	1 ano 1 ano / 54 h 190 h	Distrofia Trabalho com as pajeis
18	Self Healing Grêche João Paulo II	Infantil Infantil/adolescente	6 meses / 2 x / semana 2º ano / 1 ano / 8 h semanais	
19	ADACAMP Associação dos Autistas	Infantil	2 meses	Acompanhamento do desenvolvimento, criança normal
20	Projeto I. Cientif. "Meninos de Rua S. Carlos"	Infantil/adolescente	6 meses	Todo tipo de clientela de T. O. e Fisioterapia
21	Brinquedoteca Bolsa treinamento "CASA" (pré – NAPES) Self Healing	Infantil Infantil/idoso	10 meses Durante 3 anos	Com problemas físicos Recreação, 4º ano / 2x / semana remunerado
22	CIAD Centro Interdisciplinar de Atenção ao Deficiente Clínica Hildebrando Ribeiro CAISM Unicamp APAE Nova Odessa	Infantil/idoso Infantil Adulto Infantil	2 x / semana 4 meses Vários meses	Deficiências sensoriais Oncologia Foi secretária lá antes de entrar no Curso de T.O.

ENTREVISTA	INSTITUIÇÃO	FAIXA ETÁRIA	MESES/HORAS	COMENTÁRIOS
23	CIAD Centro Interdisciplinar de Atenção ao Deficiente	Infantil	1º ano / 1 ano	Múltiplas deficiências, recreação
24	PROGEM	Infantil	3º ano / diariamente	Com crianças normais
	TMO -- Transplante de medula óssea Unicamp	Infantil	1º e 2º ano	Com crianças normais e atraso de desenvolvimento
	Creche	Infantil	1º ano/ 3 meses/diariamente	Múltiplas deficiências, educação especial
25	CEI Centro Especial de Integração	Infantil	4º ano todo	
	Monitoria "Dispositivos e Adaptações"	Adulto	4 meses	Disciplina Adulto - Velhice I
26	Monitoria Hemodialise	Adulto/doso	1 ano / 10 h semanais	Educação
	Bolsa Il. Cientif. Núcleo Jaboticabal	Infantil	3 meses / 1x / semana	HIV
27	Centro CORSINI	Infantil/adulto	1 ano / 2 x / semana	Tinha curiosidade em oncologia e HIV
28	Centro CORSINI	Infantil	6 meses / 2 x / semana	6 meses diariamente contratada como auxiliar de T.O
29	CDI - Centro de Desenho Infantil (DOWN)	Infantil	2º ano/ 6 meses / 4h semanais - 120 h	Plantão de férias
	APAM Associação dos Pais e Amigos dos Mongolóides	Infantil		Férias
	UTI Pediátricas	Infantil/adolescente		
	APAE Caconde	Adulto/doso	10 dias integral	Hanseníase
30				
31	Hospital Lauro de Souza Lima			
32				

P8 – DE QUAL ESTÁGIO MAIS GOSTOU E POR QUÊ?

ENTREVISTA	ÁREA	LOCAL	POR QUAIS RAZÕES?
01	1º Pediatria 2º Psiquiatria		Foi-se apaixonando pelas duas áreas. Da pediatria gostou, mas a deprimiu. Psiquiatria ganhou. Tinha curiosidade de saber por que as pessoas enlouquecem. Área de que mais gosta, se interessa e se sente bem.
02	1º Psiquiatria 2º Infantil	Hospital Cândido Ferreira	Apaixou-se pelo trabalho de lá. Estágio em que mais aprendeu, grupo de culinária, muito bem acolhida, supervisão com a equipe. Adora criança, gostaria de associar isto à psiquiatria infantil.
03	1º Infantil 2º Física Adulto	Pediatria hospitalar Ambulatório de Adulto Internato rural	Mesmo se sentindo "reacionista".
04	Todas	Todos	Acha que propõe a união de todas as áreas e por isso teve coisas muito boas.
05	1º Saúde Mental 2º Queimados	Santos	Cada um tinha sua dificuldade e aprendeu com todos. O fato de poder escolher já a direcionava. Desde a faculdade queria trabalhar na área, saber o que acontecia em Trieste. Ir para lá. Acha que a USP é mais estruturada nesta área, hoje tem mais crítica, fica no aspecto psico-sócio-patológico.
06	2º Queimados		Pelo crescimento pessoal, influência da supervisora muito competente, divisão e conhecimento, uma "maezona".
07	Saúde Mental	Hospital Dia Itaim	Não queria a área de jeito nenhum, tinha preconceito. A supervisora serviu como modelo e foi um investimento, descobriu afinidade e atração. Supriu as faltas que teve na faculdade como teoria.
08	Física e Saúde Mental		A.T.O. tinha entendimento e conhecimento para além de ortese e prótese, ortopedia infantil e queimados. Trabalho de equipe, contato com diversos tipos de grupos e reconhecimento do trabalho de T.O.
09	Psiquiatria e Infantil	Hospital Dia Rib. Preto APAE	Sempre quis fazer psiquiatria e também é ligada com a cidade. Adora trabalhar com crianças de qualquer tipo.
10	1º Psiquiatria 2º Infantil	Biblioteca	percebia mais motivação, disposição para ler e estudar, de estar com os pacientes. Sentia que o mínimo que fazia dava muita coisa para o paciente. Juntou o pessoal com o profissional. Montagem do setor, reconhecimento da clientela.
11	Saúde Mental e Infantil	Hospital Cândido Ferreira Ambulatório	Trabalho de equipe. Doença mental sempre foi alvo de curiosidade, que a deixava fascinada. Gosta de crianças, particularmente de Síndrome de Down.
12	Oncologia Infantil		O início foi difícil, identificou-se com a população, necessidade de atuação de T.O. nessa área, um trabalho de equipe mais sistemático.
13	Pediatria	Creches	Gosta muito de criança. Ela é simples, não esconde nada e precisa muito. Trabalho com HIV.

ENTREVISTA	ÁREA	LOCAL	POR QUAIS RAZÕES?
14	Meninos de Rua Psiquiatria	A CASA	Clientela com que se identifica para trabalhar. Carentes. Não gostou no começo, depois entendeu o trabalho de equipe. Forma de tratamento diferenciado.
15	Pediatria	Enfermaria PUC	Fez estágio 2 vezes, área que queria seguir. Tem afinidade com a área infantil.
16	Saúde Mental Gerontologia	Hospital Cândido Ferreira	Gostava da Instituição, equipe e supervisora. Também fez 2 vezes. Descobriu o potencial. Na faculdade tudo era bebê e criança. Depois virou e se dedicou, apresentou trabalho em Congresso. Tem um retorno da experiência do paciente.
17	Todas	Centro de Saúde	Abrangeu várias áreas, polivalência, de tudo um pouco. Também a identificação com a supervisora. Teve muito apoio, bem acolhida e troca de idéias mesmo que diferentes, abertura de discussão.
18	Saúde Mental	Hospital Cândido Ferreira	Já foi com disponibilidade, tinha ouvido falar pelos colegas e docentes. Autonomia de trabalho.
19	Física – Adulto	Ambulatório PUC	Área por que mais se interessa, com clientela adolescente também.
20	Terapia de Mão	Instituto de Ortopedia e Traumatologia – IOT	Lidar com muitos pacientes, patologias diversas. Apesar da pouca supervisão foi o que mais gostou. Era pouca T.O. para muitos pacientes, tinha que ir atrás e dar conta.
21	Todas	Centro de Saúde	Trabalho diretamente integrado com a comunidade, bem preventivo. Gostava da parte de psiquiatria.
22	Saúde Mental	Hospital Cândido Ferreira	Até o 2º ano do Curso tinha medo da área. Numa situação de "substituição" de T.O. percebeu que não era bem assim. Foi gostando via recreação e depois outras atividades.
23	Física – Infantil	Ambulatório PUC	Gosta de crianças. Faz a primeira vez no 2º ano e só quando repetiu é que conseguiu ver o objetivo da T.O., ver mais o progresso dos pacientes.
24	Transplante de Medula Óssea		Gosta de pacientes terminais, clientela é acompanhada no mínimo 40 dias individualmente com todos os recursos necessários. Modelo da supervisora, abertura com a mesma.
25	Física – Adulto	Ambulatório PUC	Identificou-se com a clientela e as patologias, principalmente AVC. Influência dos dispositivos e adaptações nos resultados obtidos no tratamento.
26	Crianças	Muirão	Querida trabalhar com criança e menor de rua na época. Modo de orientação e supervisão com autonomia. Ampliou a visão de T.O. e cidadania. Possibilidade de pesquisar e escrever.
27	Todas	Centro de Saúde	Gostou da diversidade da clientela, dinâmica do atendimento, espaços diversos (domiciliares e praça de esportes). Caráter público, acesso mais fácil, liberdade de atuação. Contato com equipe.

ENTREVISTA	ÁREA	LOCAL	POR QUAIS RAZÕES?
28	Oncologia Infantil Geriatría	Corsini	Autonomia de atuação, modelo de supervisora, identificação com um professor de ART 1 que trabalhava lá. Curiosidade pela área.
29	Saúde Mental	Hospital Cândido Ferreira	Despertou para área quando descobriu que a T.O. não era mecânica e sim emocional. Tinha uma curiosidade muito grande. Forma de lidar da Instituição, modelo de supervisor, autonomia de atuar.
30	Física em geral		Gosta de ortopedia, neuropediatria e neonatos. Tratamentos em que se vêem resultados a curto prazo.
31	Estimulação precoce	APAE e Creche	Gostava da clientela, da parte física.
32	1º Saúde Mental 2º Física		Acha interessante, importante a criação do paciente, embora não veja resultados rápidos. Também gosta de mexer com a parte física. Vê resultados logo.

P9 – DE QUAL ESTÁGIO MENOS GOSTOU E POR QUÊ?

ENTREVISTA	ÁREA	LOCAL	POR QUAIS RAZÕES?
01	Reabilitação Física		Não se identifica muito. Acha muito mecânica, mas mobiliza muito. Não consegue ler um livro até o fim.
02	Reabilitação Física		Mobiliza a muito, tinha uma coisa... Fez um bom estágio. Acha o trabalho difícil. Entende a T.O. na saúde mental e não entende na outra área.
03	Saúde Mental	Cândido Ferreira	Tinha pavor. Não curte a área, fica em qualquer uma menos nessa. Acha triste, ficou abalada com os pacientes institucionalizados.
04	Psiquiatria		Teve um problema, resistências com a docente. Acha a clientela um pouco pesada.
05	Psiquiatria		Não gostou muito de psiquiatria, foi bem no estágio mas não voltou, nunca foi ao Cândido. Acha saúde mental importante mas não conseguia ver a clientela.
06		CECCO	Faltou T.O. Questão de supervisão, faltou qualidade técnica e de relacionamento. Estágio fraco.
07		CECCO	Quase não tinha supervisão. A proposta da T.O. ficou perdida. Não entendia a "prática".
08	Deficiência Mental	Oficina Abrigada de Trabalho - OAT	Não gostava do modo teórico-prático de funcionamento. Enfocava pouco a deficiência e sim o lucro. A T.O. era mais administradora do que atuadora. A clientela era muito abandonada.
09	Geriatria		" Dá um negócio trabalhar com velho"
10	Terapia de mão	Botucatu	Gostava da equipe, do local, mas não gostava da "técnica" não se sentia bem fazendo a repetição, confundia com o trabalho do fisioterapeuta.
11	Reabilitação Física		Realizavam poucas atividades. Mais treino e AVDs, próteses. Achava excessivamente técnico, "muito bem certinho". Pouca oportunidade de atividades expressivas. A crítica é ao modelo.
12	Pediatria	Hospitalar	Excesso de médicos, trabalho mal direcionado. Era difícil de "enfiar". Não sabem o que é T.O.
13	Psiquiatria	Hospitalar	Sentia medo, pressionada pelo supervisor. Ambiente em que não se sentia bem, não gostava. No ambulatório era melhor.
14	Múltiplas Deficiências	UNIBES	Por causa da supervisão as propostas novas das estagiárias eram cortadas. Era autoritária, arrastada e se colocava contra a maioria das iniciativas.
15	Disfunções Físicas		Pouca supervisão, não se sentia bem com a supervisora. Estágio com muita dificuldade. Área que incomoda por causa do irmão, queria sair logo. Aprendizagem foi além de T.O. / paciente.
16	Saúde Mental		Nunca foi área de preferência. Tem dificuldade de lidar com este tipo de pessoas. Ficou mal na hora de fazer o estágio e teve influência positiva do supervisor. Não vê um retorno como na reabilitação física.

ENTREVISTA	ÁREA	LOCAL	POR QUAIS RAZÕES?
17	Infantil	Enfermaria PUCC	Por causa da clientela, pela gravidade das patologias e a questão da morte das crianças. Mas gosta da clientela infantil como um todo.
18	Terapia de mão	Instituto de Ortopedia IOT	Já foi "morrendo de medo", com pé atrás. Não via a T. O. acontecer, era um excesso de exercício físico. Faltou supervisão, ficava angustiada.
19		PROGEM	Não por serem crianças, mas a própria dificuldade da clientela. Trabalho sem retorno.
20		U.V.T.	Gostou de todos, este um pouco menos. Por ter mais teoria que prática em um estágio prático.
21		Brinquedoteca	Fase pessoal de vivência muito ruim, arrependeu-se de estar lá nas férias.
22	Distúrbio Física		Não teve boa experiência. Realidade muito próxima da sua, fatos imaginários tipo jovens com lesão medular e idosos com AVC, pa.
23	Psiquiatria		Não gostava da clientela. Não conseguia vínculo pessoal com os pacientes. Não via objetivo da T.O. no espaço aberto com muitos pacientes.
24	Psiquiatria		Mão da clientela. A experiência foi de "emergência". Supervisora um pouco ausente. Viu colega apertando.
25	Saúde Mental	Cândido Ferreira	Nunca gostou da área, dos pacientes. Acha interessante, mas muito triste. Não se obtém melhora qualitativa nem quantitativa.
26	Hemodiálise		Foi muito difícil. No começo houve um grande investimento. Faltou orientação e supervisão. Não tinha autonomia. Ausência e divergência entre teoria e prática. Comunicação bastante dificultada. Não curtiu a forma da supervisora lidar com a atividade.
27	Física Infantil	Ambulatório PUCC	Foi o 1º estágio que fez. Não sabe se foi pela clientela, ou por ser o primeiro. Falta de supervisão, "foi meio largado".
28	Psiquiatria	Enfermaria PUCC	Nunca se encantou com a psiquiatria institucional. Não atuava de acordo com o que acreditava ser T.O. Episódio de agressão com um paciente, sentiu-se desprezida tecnicamente para enfrentar.
29	Síndrome de Down	APAM	Gostava da clientela mas se decepcionou com o trabalho. A T.O. era muito nova de idade e experiência. Não teve muito contato institucional. Situação meio de abandono, não teve supervisão. Um desafio para o qual não estava preparada.
30	Deficiência Mental	APAE	Não gosta da clientela. Difícil de lidar, hiperatividade, desobediência. Dificuldade de se entrosar. Muitos problemas associados.
31	Psiquiatria		Não se sentia bem no meio da clientela, apesar de gostar do supervisor.
32	Distúrbio de Aprendizagem		Não gosta de trabalhar com criança. Não tem paciência. Não acha interessante a área.

P10 – EM QUE MOMENTO VOCÊ FEZ SUA OPÇÃO DE ÁREA E POR QUÊ?

ENTREVISTA	EM QUE MOMENTO E POR QUÊ?
01	Antes de entrar no curso e progressivamente após concluir as disciplinas pré-profissionalizantes / gostava das disciplinas, foi reforçando, percebeu que gostava cada vez mais.
02	Entrou sem saber o que era T.O., não tinha área específica de interesse / pensou em Engenharia Elétrica, prestou Serviço Social / Psiquiatria e Pediatría sempre na cabeça / ao longo dos estágios profissionalizantes no Cândido.
03	Sempre achou que ia ficar na área de deficiências sensoriais, apesar de ao longo dos estágios profissionalizantes e na conclusão não ter tido nada.
04	Ao concluir as disciplinas da área biológica e as pré-profissionalizantes, que foram os momentos difíceis da escolha da profissão e do curso.
05	Só escolheu depois de concluir os estágios profissionalizantes.
06	Ao entrar no curso escolheu deficiência mental / ao final do 1º ano já mudou para saúde mental / tinha um certo interesse, dedicou-se e estudou muito.
07	Não entrou pensando em nada, nem sabia direito o que era T.O. / ao concluir as disciplinas da área biológica optou por área física, queria trabalhar com neuro-pediatria se aperfeiçoando nesta área / gostou muito do estágio na UBS, área que a interessa mais para trabalhar com bebês e onde quer continuar / ao longo dos estágios profissionalizantes escolheu saúde mental.
08	Antes de entrar no curso, deficiência mental.
09	Antes de entrar no curso, psiquiatria e ao longo dos estágios profissionalizantes se reafirmou / as interconsultas conciliaram a área infantil e a psiquiatria, também com a unidade especial de AIDS.
10	Antes de entrar no curso escolheu deficiência mental, chegou a prestar e passar em Pedagogia em Araraquara por causa disso / ao concluir as disciplinas da área biológica até antes de iniciar os estágios profissionalizantes, queria área física, gostava de Cinesiologia, chegou a se inscrever no Sarah / ao longo dos estágios profissionalizantes, saúde mental.
11	Antes de entrar no curso já queria saúde mental e foi até o fim / antes de iniciar os estágios profissionalizantes e ao longo dos mesmos gostou da infantil.
12	Antes de entrar e ao entrar no curso escolheu criações com problemas físicos e deficiência mental / ao concluir as disciplinas aplicadas identificou-se com área física e os problemas de desenvolvimento.
13	Prestou Fisioterapia antes, não passou, ficou na T.O. e não quis mudar mais / antes de entrar no curso, queria deficiência mental / ao concluir as disciplinas da área biológica e ao concluir as aplicadas, gostou de todos menos de psiquiatria / antes de iniciar os estágios profissionalizantes, reabilitação de mão.
14	Nem pensava em fazer T.O., queria administração, depois se identificou / estava aberta ao longo do curso, só não queria gerontologia por razões pessoais (excesso de convivência, estágio na Uhibes foi pesado).
15	Antes de entrar no curso até antes de iniciar os estágios profissionalizantes, infantil e pediatria / ao longo dos estágios profissionalizantes, saúde mental.
16	Antes de entrar no curso ficou dividida entre fazer T.O. e Fonaudiologia, sempre se interessou por deficiência mental / ao concluir as disciplinas da área biológica e de humanas, mudou porque queria fazer Medicina, chegou a fazer 1 mês de cursinho, gostou da área biológica, ficou fora do perfil e completou as lacunas com atividades extracurriculares, sempre gostou de desenvolvimento infantil / ao longo dos estágios profissionalizantes descobriu os adultos e novas posturas em si.
17	Ao entrar no curso, infantil genérico / ao longo dos estágios profissionalizantes, várias áreas e vislumbrou possibilidades e daí saiu a saúde mental.

ENTREVISTA	EM QUE MOMENTO E POR QUÊ?
18	Antes de entrar no curso fez magistério e foi trabalhar com crianças com múltiplas deficiências, deficiência mental e autismo, esta foi a razão de procurar a T.O. / ao concluir as disciplinas aplicadas e até ao longo dos estágios profissionalizantes mudou a faixa etária de infantil para adulto em saúde mental.
19	Antes de entrar no curso fez magistério e queria trabalhar com crianças, tipo APAE / ao concluir as disciplinas da área biológica e humanas, depois de assistir a palestra sobre adaptações na PUC, pensou em área física adulto / isto foi reforçado pela monitoria ao concluir as disciplinas aplicadas e ao longo dos estágios profissionalizantes.
20	Entrou no curso não pensando em área nenhuma, aiás não sabia que tinha tantas áreas e faixas etárias / ao concluir as disciplinas aplicadas pensou em infantil genérico / ao longo dos estágios profissionalizantes e ao concluí-los, saúde mental infantil.
21	Desde antes de entrar no curso até concluir as disciplinas pré-profissionalizantes não pensava em nenhuma clientela específica / ao concluir as disciplinas aplicadas chamava-lhe a atenção a psiquiatria, talvez pelos professores: Ró, Michele, Adriana.
22	Desde antes de entrar no curso até concluir as disciplinas da área de humanas, deficiência mental, APAE / aulas teóricas e práticas a partir do 2º ano e antes de iniciar os estágios profissionalizantes levaram-na à mudança para a psiquiatria.
23	Não entrou pensando em nada, para saber o que era T.O. / ao concluir as disciplinas aplicadas a ao longo dos estágios profissionalizantes identificou-se com a área física e a clientela.
24	Queria medicina, entrou na T.O. não querendo, mas se achta aberta a novas experiências / ao entrar no curso queria pediatria, sempre gostou de criança / ao concluir as disciplinas aplicadas e antes de iniciar os estágios profissionalizantes descobriu o TMO, que não tinha relação com o desenvolvimento curricular.
25	Antes de entrar no curso queria trabalhar com adultos, não queria criança porque não queria confundir sentimentos de dó com tratamento / ao concluir as disciplinas pré-profissionalizantes e as aplicadas, decidiu não querer saúde mental, af poderia ser área social ou física.
26	Ao entrar no curso queria área física infantil, foi mudando / antes de iniciar os estágios profissionalizantes até terminá-los fez todos, só estagiou com as faixas etárias de adolescentes e adultos.
27	Antes de entrar no curso, queria adultos doentes mentais / social, tinha um amigo que já fazia T.O. / ao concluir as disciplinas aplicadas envolveu-se com a geriatria por influência de uma professora muito empolgada (Lúcia) / ao longo dos estágios profissionalizantes no 4º ano foi gostando de tudo, na monografia envolveu-se com a psiquiatria de novo (Sandra G.).
28	Antes de entrar e ao entrar no curso tinha vaga simpatia por infantil / ao concluir as disciplinas aplicadas serviu para ampliar / antes de iniciar os estágios profissionalizantes, ao concluí-los já tinha certeza de que gostaria de HIV e oncologia, matérias teóricas e práticas não tidas curricularmente.
29	Ao entrar no curso, pediatria, Down e Paralisia Cerebral, APAE / ao concluir as disciplinas pré-profissionalizantes a descoberta da psiquiatria e fundamentos da T.O. foram se desvendando, percebeu um mercado mais amplo.
30	Antes de entrar no curso queria neuropediatria, sempre gostou de criança, prestou Fisioterapia, mas foi chamada para T.O. e gostou das ARTs / ao concluir as disciplinas pré-profissionalizantes e as aplicadas mudou para ortopedia e neurologia, compatibilizou as faixas etárias / ao concluir os estágios profissionalizantes, optou pela terapia de mão por influência de Botucatu.
31	Antes de entrar no curso não sabia nem o que era T.O., influência da irmã / sempre gostou de crianças doentes, prefere as normais (experiência de professora).
32	Não sabia bem o que era T.O. e Fisioterapia, acabou prestado Fisio, não entrou, mas acabou gostando da T.O., gosta também de psicologia / ao concluir as disciplinas pré-profissionalizantes, área física / ao concluir os estágios profissionalizantes, saúde mental.

P11 – QUAL FOI A SUA PRIMEIRA OPÇÃO DE ÁREA E POR QUÊ?

ENTREVISTA	ÁREA	POR QUÊ
01	Psiquiatria	Comenta a não depressão da psiquiatria.
02	Psiquiatria	Primeiro achou que a disciplina de T.O. em psiquiatria foi precária / ao longo do estágio em saúde mental no Cândido fez a monografia "Oficina como recurso terapêutico em saúde mental", para isto fez pesquisa de campo, entrevistou as T.O.s. e foi legal / ajudou a definir a área.
03	Infantil	Deficiências sensoriais , sempre pensou nesta área.
04	Distúrbio física	Adultos / estágio de terapia de mão, era lá que via as coisas acontecerem / o paciente chegava de um jeito e saía de outro.
05		Gostava de tudo na T.O. / ia bem nas matérias infantis, mas não era opção / apenas tinha um "quê" por infantil.
06	Deficiência mental	Logo que entrou no curso tinha um certo interesse, mas não gostou do estágio / em 96 trabalhou em uma escola de excepcionais e aí foi melhor que no estágio / mudou para saúde mental.
07	Infantil Física	Gostava de criança / trabalhar a relação da mãe com o bebê / acha que é um interesse mais pessoal " com a vida".
08	Deficiência Mental	Quando entrou queria psicologia nesta área com criança / ao longo do curso isto se perdeu processualmente, pois não havia ênfase / a prática também descompou.
09	Psiquiatria	Nunca pensou em fazer T.O., prestou Serviço Social, mas não sabia o que era / tinha um fascínio pela mente humana.
10	Saúde Mental	Após o estágio, antes fugia da área pois queria área física.
11	Saúde Mental	Sempre gostou de trabalhar com questões expressivas e a saúde mental proporcionava isto facilmente.
12		
13	Ortopedia Reumatol.	
14		
15	Infantil	Não fez nenhuma / apesar de ter dicas dos professores do curso para fazer psiquiatria, porque tinha jeito.
		Vivência da escola infantil de uma tia onde sempre ia / fascínio por criança / facilidade de lidar, deu-se bem nos estágios e fora da área profissional / gosta / tem afinidade.
16	Deficiência Mental	Fez magistério / sempre se interessou / fez estágios na APAE na área pedagógica e nas oficinas.

ENTREVISTA	ÁREA	POR QUÊ
17	Saúde Mental	Nenhuma específica
18	Física Infantil	Fez magistério / por causa da monitoria.
19	Infantil	É mais mágico / curiosidade/ na saúde mental infantil ficou sem a experiência completa
20	Psiquiatria	Mais com adultos / definição mais tardia
21	Deficiência Mental	Vivências pessoais anteriores / APAE
22	Física Infantil	Estágio definiu.
23	Paciente terminal	No 3º ano queria trabalhar na TMO ou no Boidini onde lhe foi oferecido estágio como voluntária.
24		Decidiu não querer saúde mental / poderia ser área social ou física.
25		
26		
27		
28		
29	Pediatría	
30	Neuropediatria	
31		Pegaria qualquer coisa na época de recém-formada.
32	Física	Era o que mais a interessava e onde queria trabalhar.

P12 – MODIFICOU SUA OPÇÃO AO LONGO DA GRADUAÇÃO? POR QUAIS RAZÕES?

		QUANDO E POR QUÊ?
ENTREVISTA	SIM OU NÃO	
01	Não	Manteve-se na Psiquiatria.
02	Sim e Não	Impasse entre Psiquiatria e Pediatría, caminharam juntas até o final do Curso / muita vontade de estudar a Psiquiatria, fascínio de querer saber mais.
03	Não	Sempre pensava na área infantil.
04	Não	Apesar de ter o "perfil" de trabalhar na Psiquiatria a opção foi Distúrbio Física com adultos.
05	Sim	Várias vezes, a cada estágio por que passava achava que era "aquele", menos Psiquiatria / não gosta muito de área física / não quer ser terapeuta de mão.
06	Sim	De Deficiência Mental para Saúde Mental pela estruturação do conjunto de disciplinas, estágios e aulas.
07	Sim	De Física Infantil para Saúde Mental, apesar de no começo não querer de jeito nenhum / fez uma visita na 1ª semana de aula ao Juqueri e ficou traumatizada. <i>Vide pergunta 8</i>
08	Sim	Não consegue identificar quando, a mudança foi de Deficiência Mental para Saúde Mental e Deficiência Física / mesmo acabando o aprimoramento ainda tem vontade de voltar para a área física / não tem claro onde vai trabalhar. <i>Vide pergunta 23</i>
09	Não	Só reforçou.
10	Sim e Não	Mudou de área física para Saúde Mental a partir do estágio.
11	Não	Ficou na Saúde Mental.
12	Sim	Ainda está escolhendo as áreas.
13	Sim	De ortopedia e reumatologia para a área física geral - reabilitação / porque vê mais resultados, retorno / se desencantou logo da Deficiência Mental, não motivou.
14	Não	Não fez opção de área.
15	Sim	De Infantil para Saúde Mental ao longo do 4º ano por influência e ajuda da supervisora / aprendizagem sobre a área e af se interessou por adultos e mente / gostaria de poder juntar as duas.
16	Sim	Sempre se interessou por Deficiência Mental / hoje em dia após a residência não tem preferência por faixa etária, mas sim pela saúde física completa incluindo os aspectos sensoriais e emocionais.
17	Sim	Eram várias áreas, ao longo dos estágios vislumbrou possibilidades e descobriu que era Saúde Mental.
18	Não	Sempre foi Saúde Mental, mas mudou a faixa etária de infantil para adulto.
19	Sim	Queria trabalhar com excepcionais (infantil), depois das disciplinas aplicadas e estágios por influência profissional e modelo de professor optou por área física adulto.
20	Não	Infantil, o motivador foi sempre gostar de crianças.
21	Não	Sempre foi psiquiatria.

ENTREVISTA	SIM OU NÃO	QUANDO E POR QUÊ?
22	Sim	De Deficiência Mental para Saúde Mental, principalmente pela prática.
23	Sim	Entre a área física e Pediatria ficou com as Distúrbios Físicas pelo estágio realizado.
24	Sim	Mas foi após a formatura, antes havia optado por pacientes terminais, agora pensa em disfunções físicas em geral.
25	Sim	Apenas sabia o que não queria (infantil?), passou pela Social e área física por influência de professores / mas quer neurologia.
26	Sim	Durante e após o estágio na CASA psiquiatria adulto / foi uma abertura poder atuar de vários modos "estágio livre" / perceber o valor terapêutico das ações do cotidiano, o grupo lidar com a atividade / aproximação com outros referenciais técnicos.
27	Sim	Foi gostando de tudo no 4º ano, mas acabou voltando a opção inicial que era adultos doentes mentais e seus aspectos sociais.
28	Sim	Acha que ampliou as opções no último semestre do 4º ano / tomou consciência de que se identificava com Saúde Mental, até então era a Pediatria / percebeu e nomeou a partir do Corsini / gosta de Saúde Mental e não de Psiquiatria / pensa em unir isto em Saúde Mental Infantil e adulto.
29	Sim	De Pediatria para Saúde Mental, apesar das aulas de Aplicadas terem deixado a desejar tecnicamente / o estágio foi marcante / a partir do modelo de professores enquanto terapeutas / Grupo e autopercepção / evento de vida pessoal muito marcante (assassinato do namorado), lidar com perdas, abandono / auto-reflexão e identificação com saúde mental.
30	Sim	Quería Neuropediatria, mas achou estágio de último ano curto / viu mão mais de perto / achou Paralisia Cerebral muito complexo / pensa se fazer um outro estágio ou aperfeiçoamento em Neuro talvez volte a gostar
31	Não	Pegaria qualquer coisa na época de recém-formada / foi aceitando melhor outras áreas, aprendendo mais devido à expansão profissional.
32	Sim	Área física era o que mais lhe interessava e onde queria trabalhar / acha que acrescentou e ampliou para Saúde Mental.

ENTREVISTA	QUANDO?	POR QUÊ?
13	Saiu da faculdade com base baixa.	Tem que aprender mais / medo de enfrentar o mercado de trabalho / falta de supervisor / aprimoramento em um hospital geral dá várias áreas de possibilidades de estudo e pesquisa, contato com os médicos, aprendizado de patologias.
14		Achava-se "ruim" para lidar com todo e qualquer tipo de clientela / aprimoramento era o que conhecia e era específico de T.O. / não havia mestrado na área / pensou no aspecto financeiro porque também não tinha emprego.
15	A partir das informações na PUCC.	Queriu estudar o específico, aprofundar-se.
16	Quando estava se formando.	Viu que não tinha prática para enfrentar o mercado de trabalho / acha que a faculdade UFSCar tem excesso de teoria / escolheu por haver poucos cursos para isso à disposição na área.
17	Último ano quando entrou em contato com as várias opções.	Acha que faltou mais estágio curricular, prática foi muito superficial e sucinta / escolheu por ter mais carga prática do que teórica / depois pretende fazer um mestrado / sempre gostou de pesquisa.
18	Final do último estágio.	Queriu continuar estudando sistematicamente / não se sentia pronta para um mestrado / faltava prática e vivência / queria vinculação da teoria e da prática e mais o ensino.
19		As disciplinas e estágios não davam base / faltava muito para aprender, para atuar / escolheu aprimoramento mais para ter título / queria AACD por ser área específica.
20	Ao longo dos estágios	Insegurança / necessidade de se especializar em alguma coisa / pouca noção de tudo mas não sabia quanto / aprimoramento para conseguir emprego melhor / saber trabalhar com o paciente / ficar menos perdida.
21	Optou por trabalhar primeiro por razões financeiras, já se formou com emprego.	Tinha vontade de fazer aprimoramento, faltavam diversos aspectos da formação que foi geral demais / falta de segurança / opção pela área, queria aprender a trabalhar mais preventivamente a partir da experiência hospitalar / faltava bagagem teórica.
22	Em setembro antes de se formar.	Foi ao Congresso Europeu em Barcelona e viu seus "mitos" (Lea e Adriana) e quanto elas estudaram e se capacitaram / queria estudar mais / acha que a faculdade (PUCC) é insuficiente.
23		A faculdade (PUCC) dá bases superficiais / não dá para a especialização, por exemplo, órtese / a insegurança leva a procurar o aprimoramento / investimento pessoal na área / chegou a arranjar emprego em Jundiaí em clínica de reabilitação de Paralisia Cerebral, ia ganhar 3 vezes mais que no aprimoramento, mas não se arrependeu.
24		Achava que não estava preparada para enfrentar o trabalho, embora tivesse feito mais que a média da classe pessoalmente e profissionalmente / o aprimoramento foi a melhor opção que apareceu / só prestou exames onde as amigas prestaram.

P13 – QUANDO E POR QUE DECIDIU CONTINUAR SUA CAPACITAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL?

P14 – POR QUE ESCOLHEU UM CURSO DE APRIMORAMENTO?

ENTREVISTA	QUANDO?	POR QUÊ?
01	Na metade do 4º ano já começava a pensar.	Tinha claro que queria continuar estudando, não se sentia tão pronta, pensou em pós-graduação / primeiro queria trabalhar, peso pela questão financeira, o aprimoramento supria as duas coisas.
02	Sempre, mas mais a partir do 3º ano. Aprimoramento deveria ser quase que obrigatório, é fundamental, deve ser mais divulgado e incentivado.	Na faculdade só se têm bases e noções, queria continuar investindo na formação, queria fazer o aprimoramento / não queria cair no mercado de trabalho, queria estar mais protegida / não se via trabalhando sozinha / queria ter mais teoria e supervisão / quem não faz aprimoramento está em "estado de desespero" no mercado de trabalho.
03	Depois do 2º ano quando terminou um curso de Integração Sensorial.	Compara-se com as colegas que não estão se aprimorando, elas não têm achado emprego / acha que conta muito no currículo, é importante, fundamental / acha complicado sair direto, "sair direto para o mercado é sair meio crua", é um ano a mais de experiência.
04	Não queria parar de estudar nunca.	É um desafio profissional continuar se aperfeiçoando / o folder da Fundap chegou às suas mãos por acaso, via colegas da Fisio / queria vir para São Paulo (natorado) / a decisão de fazer um Curso (terapia de mão também era aqui).
05	Sempre gostou de estudar e acha importante se manter assim.	Pretende continuar, por exemplo fazendo outra especialização, treinamento ou ir para o exterior / foi atrás do aprimoramento porque queria mais prática, treinamento em serviço, ter supervisão e poder continuar estudando, desenvolver projetos tipo uma monografia.
06		Os estágios não foram suficientes, só sentia parcialmente preparada / não queria entrar em qualquer clínica ou hospital, "cair no mundo" / queria uma formação mais clínica em um ambiente protegido.
07		Tinha um pouco de medo de sair da faculdade e encarar um emprego / quando soube dos aprimoramentos achou o ideal, seria uma passagem mais tranquila para o mercado.
08	Já pretendia continuar no estágio do H.D. com alguma supervisão no final do 4º ano.	Achou a parte de prática clínica do Curso na USP muito pouca e só ela não daria conta, precisaria continuar / faltaram informações do que fazer depois da faculdade / aprimoramento foi o que apareceu / logo após a entrada, oportunidade de emprego no hospital do Tatuapé, vaciou pela remuneração, mas desviou pelo plano político do PAS.
09	Durante o estágio profissional.	Falou prática / a graduação não era o suficiente / o aprimoramento junta o teórico com o prático / é um trabalho multidisciplinar / o trabalho em equipe foi uma lacuna do Curso UFSCar.
10	Ao longo do estágio profissional contato com Hospital-Escola.	Ficou muito ansiosa na decisão entre as duas opções: emprego (tinha dois em vista), ou aprimoramento / insegurança de ir para o mercado de trabalho / o aprimoramento ainda protege, junta trabalho e estudo / seria uma oportunidade de conhecer mais a fundo a área escolhida / abre as portas pelo vínculo com a Universidade, quer fazer carreira docente.
11	Ao final do Curso PUC.	Insegurança de já ir trabalhar, falta de supervisão / aprimoramento tem a ver com a prática, treinamento em serviço.
12	No final do estágio profissional aqui na pediatria.	Por estar insatisfeita com a parte técnica e recursos / aprimoramento ofereceria esta oportunidade e também veria outras áreas e aí iria escolher.

ENTREVISTA	QUANDO?	POR QUÊ?
25		Saiu da faculdade (PUCC) com base de tudo, mas com insegurança / não conseguia atender sozinha / necessitava mais embasamento teórico e prático / "Sai muito nova e crua" / foi atrás do conhecimento, saber e ainda acha que precisa mais / vivência de patologias / saber integrado.
26*	No último estágio.	Foi buscar supervisão / foi fazer um grupo de estudos de acompanhante terapêutico / sentia necessidade de se aprofundar em psicopatologia / aprimoramento no Serviço por causa de colegas residentes.
27*	Quando acabou o estágio de saúde mental 2º semestre do 4º ano.	Sentiu-se menos segura / faltavam estruturas, instrumentos para aprofundar os modelos teóricos / acha que teve bastante prática / antes não pensou em aprimoramento, não conhecia direito / teve medo de assumir um novo trabalho / ainda seria ser um pouco estagiário, se sentiria mais protegida.
28*		Queriu se aprofundar / ainda pensa em especialização, formação e terapia corporal, mestrado a médio prazo (artes, filosofia) / a faculdade (PUCC) mostra mais este caminho, muito incentivado.
29*		Destumbrou-se com a profissão / qualidade de vida, ação do ser humano / muitos campos a serem abertos e querer descobrir mais coisas / estudar mais para entender a T.O. e abrir novas frentes de trabalho / aprimoramento foi o mais divulgado e mais fácil de iniciar.
30	Na última semana de inscrição	Só sabia que em Botucatu não haveria vagas / não queria pegar qualquer emprego muito menos de psiquiatria / sentia-se despreparada, achava que não ia dar conta / não prestou outros por desconhecer.
31		Queriu se aperfeiçoar / sentindo-se sozinha como T.O., pois morava numa cidade pequena e longe / queria ver coisas novas, aprender mais / queria retornar e ir se especializando / ao longo dos anos só fez cursos de curta duração / fez também uma especialização (longa distância) na Psicologia-USP, 97 sobre "violência doméstica contra crianças".
32		Conhecimento de outras áreas, tipo AIDS / queria fazer aprimoramento para se sentir mais segura, para abrir uma clínica e começar a trabalhar / já tinha referências.

\* Aprimorandas desistentes

P15 – PARA QUAL (QUAIS) ÁREA (S) PRESTOU EXAME DE SELEÇÃO?

P16 – EM QUAIS INSTITUIÇÕES?

P17 – EM QUAL (QUAIS) FOI APROVADA?

P18 – QUAL ESCOLHEU?

P20 – EM QUAL INSTITUIÇÃO ESTÁ CURSANDO O APRIMORAMENTO? ÁREA, DATA DE ENTRADA, ANO QUE ESTÁ CURSANDO.

ENTREVISTA	P15	P16	P17	P18	P20	ANO	
	ÁREAS PRESTADAS	INSTITUIÇÕES	APROVAÇÕES	ESCOLHIDA	CURSANDO INSTITUIÇÃO	ÁREA	
01	Saúde Mental (capital)	UNIFESP - EPM SERVIDOR H.C.-FMUSP	Todas 2ª colocada	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	Saúde Mental	Fev / 97
02	Saúde Mental (todos)	USP-Ribeirão Preto UNIFESP - EPM H.C.-FMUSP PUCcamp SERVIDOR	Todas, menos no H.C. onde não fez a entrevista	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	Saúde Mental	Fev / 97
03	Deficiência Visual Querida ficar em Campinas	GABRIEL PORTO (já prestar Pucc-Def. Física, AACD, EPM Reumatô)	GABRIEL PORTO	GABRIEL PORTO	GABRIEL PORTO	Deficiência Visual	Fev / 97
04	Distúrbios Físicos (desconhecia outros)	PUCcamp	PUCcamp	PUCcamp	PUCcamp	Distúrbios Físicos Adulto	Fev / 97

	P15	P16	P17	P18	P20				
ENTREVISTA	ÁREAS PRESTADAS	INSTITUIÇÕES	APROVAÇÕES	ESCOLHIDA	CURSANDO INSTITUIÇÃO	ÁREA	ENTRADA	ANO	
05	Geriatria Disf. Física Infantil Deficiência Visual	FMUSP PUCCamp GABRIEL PORTO	FMUSP PUCCamp	PUCCamp	PUCCamp	PUCCamp	Disfunções Físicas Infantil	Fev / 97	1º
06	Saúde Mental Preventiva	UNIFESP - EPM CSE-Butantã CAPS-Luís Cerqueira	UNIFESP - EPM CSE-Butantã	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	Saúde Mental	Fev / 96	2º
07	Saúde Mental	UNIFESP - EPM CAPS-Luís Cerqueira	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	Saúde Mental	Fev / 96	2º
08	Saúde Mental (pessoa tb no SARAH)	UNIFESP - EPM CAPS-Luís Cerqueira	UNIFESP - EPM CAPS-L. Cerqueira	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	Saúde Mental	Fev / 96	2º
09	Saúde Mental	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	UNIFESP - EPM	Saúde Mental	Fev / 96	2º
10	Saúde Mental	USP-Ribeirão Preto	USP-Ribeirão Preto	USP-Rib. Preto	USP-Rib. Preto	USP-Rib. Preto	Saúde Mental	Fev / 97	1º
11	Saúde Mental Disf. Física Infantil Saúde Pública	USP-Ribeirão Preto PUCCamp UNICAMP-Cândido (multiprof.)	USP-Ribeirão Preto USP-Ribeirão Preto PUCCamp	USP-Rib. Preto	USP-Rib. Preto	USP-Rib. Preto	Saúde Mental	Fev / 97	1º
12	Disfunções Físicas	FM-S.J.RIO Preto	FM-S.J.RIO Preto	FM-S.J.Rio Preto	FM-S.J.Rio Preto	FM-S.J.RIO Preto	Disfunções Físicas	Fev / 97	1º
13	Disfunções Físicas	FM-S.J.RIO Preto	FM-S.J.RIO Preto	FM-S.J.Rio Preto	FM-S.J.Rio Preto	FM-S.J.RIO Preto	Disfunções Físicas	Fev / 97	1º
14	Saúde Mental Saúde Ocupacional	SERVIDOR CEREST-USP	SERVIDOR	SERVIDOR	SERVIDOR	SERVIDOR	Saúde Mental	Fev / 97	1º
15	Saúde Mental	SERVIDOR, EPM H.C.FMUSP PUCCamp	SERVIDOR, EPM H.C.FMUSP	SERVIDOR	SERVIDOR	SERVIDOR	Saúde Mental	Fev / 97	1º
16	Disf. Física Infantil Saúde e Trabalho Deficiência Física	UNICAMP (multiprof.) AACD Div. Medicina e Reab.	UNICAMP AACD DMR	AACD	AACD	AACD	Disfunções Físicas	Fev / 97	1º

	P15	P16	P17	P18	P20		
ENTREVISTA	ÁREAS PRESTADAS	INSTITUIÇÕES	APROVAÇÕES	ESCOLHIDA	CURSANDO INSTITUIÇÃO	ÁREA	ANO
17	Saúde Mental Deficiência Visual	H.C.-FMUSP GABRIEL PORTO	H.C.-FMUSP GABRIEL PORTO	H.C.-FMUSP	H.C.-FMUSP	Saúde Mental	1º Fev / 97
18	Saúde Mental	H.C.FMUSP SERVIDOR	H.C.FMUSP SERVIDOR	H.C.FMUSP	H.C.-FMUSP	Saúde Mental	1º Fev / 97
19	Distúrbios Físicos Saúde/Trabalho - LER Saúde Coletiva Saúde Mental	AACD CEREST UNICAMP SERVIDOR	AACD CEREST	AACD	AACD	Distúrbios Físicos	1º Fev / 97
20	Distúrbios Físicos Saúde Mental	AACD DMR SERVIDOR	AACD SERVIDOR	AACD	AACD	Distúrbios Físicos	1º Fev / 97
21	Saúde Mental Geronto-Psiquiatria	UNIFESP - EPM SERVIDOR	UNIFESP - EPM SERVIDOR		SERVIDOR	Geronto Psiquiatria	1º Fev / 97
22	Saúde Mental Distúrbios Físicos	SERVIDOR F.M.S.J.Rio Preto	SERVIDOR F.M.S.J.Rio Preto	SERVIDOR	SERVIDOR	Saúde Mental	1º Fev / 97
23	Distúrbios Físicos	DMR PUCCamp	DMR	DMR	DMR	Distúrbios Físicas Geriatría	1º Fev / 97
24	Distúrbios Físicos	DMR PUCCamp	DMR	DMR	DMR	Distúrbios Físicas Geriatría	1º Fev / 97
25	Distúrbios Físicos	AACD PUCCamp CEREST	AACD CEREST	AACD	AACD	Distúrbios Físicas	1º Fev / 97
26	Saúde/Trabalho - LER Saúde Mental	SERVIDOR	SERVIDOR	SERVIDOR	SERVIDOR	Saúde Mental	A* Mar / 97 menos de três meses

	P15	P16	P17	P18	P20			
ENTREVISTA	ÁREAS PRESTADAS	INSTITUIÇÕES	APROVAÇÕES	ESCOLHIDA	CURSANDO INSTITUIÇÃO	ÁREA	PERÍODO	ANO
27	Saúde Mental	CAPS UNIFESP - EPM UNICAMP Candido	CAPS UNICAMP 1º lugar	CAPS	CAPS	Saúde Mental	Fev / 96 dezoito meses	A*
28	Preventiva (multiprof) Saúde Mental	P.UCC USP RIB.PRETO	P.UCC 2º lugar Vaga de desistência	P.UCC	P.UCC	Saúde Mental	Mar / 97 4 meses	A*
29	Saúde Mental	UNIFESP - EPM P.UCC USP.RIB.PRETO H.C.FMUSP	Passou em todos em 1º lugar	E.PM.	UNIFESP - EPM	Saúde Mental	Fev / 97 3 meses e meio	A*
30	Distúrbios Físicos (terapia de mão)	LAURO SOUZA LIMA	LAURO S. LIMA	LAURO S. LIMA	LAURO S. LIMA	Distúrbios Físicos	Fev / 97	1º
31	Distúrbios Físicos (hemodíalise)	F. M. S. J. RIO PRETO	F. M. S. J. Rio Preto	F. M. S. J. R. Preto	F. M. S. J. Rio Preto	Distúrbios Físicos	Fev / 96	2º
32	Distúrbios Físicos	F. M. S. J. RIO PRETO	F. M. S. J. Rio Preto	F. M. S. J. R. Preto	F. M. S. J. Rio Preto	Distúrbios Físicos	Fev / 97	1º

\* A = abandono

P19 – POR QUE ESCOLHEU ESSA INSTITUIÇÃO PARA CURSAR O APRIMORAMENTO?

ENTREVISTA	POR QUÊ - COMENTÁRIOS
01	Identificação com a linha teórica da Paulista / ficou receosa por ser dois anos / questão financeira / um ano já passou.
02	Não escolheu PUCCamp, pois já tinha vivência anterior / foi monitora de ART com Fabiana Salomão e ela contava dos 2 anos da EPM / era o que queria estudar / Vaciou entre EPM e Rib. Preto / escolheu EPM porque era mais perto, é de Jundiaí.
03	Queriu ficar em Campinas / trabalhar com o cego, curiosidade da área / influência de colegas que haviam feito o estágio de 4º ano lá.
04	Porque já tinha clareza que era a área de que queria, disfunções orgânicas e sensoriais / não há cursos nem notícias em outros Estados.
05	Por não optar por Saúde Mental viveu um dilema, o leque de opções diminuiu muito / não queria voltar para São Roque, pressão familiar com apoio, apesar da realidade local ser geriatria / Não era o momento de maturidade pessoal de escolher Geriatria / preferiu Campinas.
06	Ficou bastante em dúvida / pensou na distância, mora no Butantã, por ser um trabalho de prevenção / "mito" Jô, aquela dos livros / preferia 2 anos porque teria mais para aprender / porque era EP/MUNIFESP, nome da instituição.
07	Sabia da dificuldade do CAPS, através de uma colega de estágio profissional, achou incerto / na EPM já conhecia mas não tinha contato, só sabia que estavam gostando / as profissionais que iam ser as supervisoras "mito" Jô, e o trabalho da Solange.
08	No CAPS ficou na lista de espera, e na época estava desorganizado, faltava T.O. / preferiu EPM, ouvia falar via H.D. e não pelo nome, colegas que já cursavam / pelo curso do CETO / "mito" Jô Benetton".
09	Já morava em Ribeirão Preto, não queria voltar para São Paulo / razão profissional, conhecimento prático na área / o fato de ter feito o estágio do 4º ano, o ambiente do H.D. era conhecido.
10	Queriu ficar perto de São Carlos / não se adaptaria em cidades grandes tipo Campinas ou São Paulo.
11	Ficou na dúvida por causa de suas classificações, mas acabou desistindo da PUCCAMP antes mesmo de ser chamada em Ribeirão Preto / percebeu que a tendência era a psiquiatria e que isto seria útil para as outras áreas.
12	Conhecimento prévio das possíveis áreas de atuação / oncologia pediátrica.
13	Por ser Hospital-Escola / enriquecimento do currículo / estudar e aprender mais.
14	Porque passou, não passou na 2ª fase, entrevista no CEREST / proximidade de sua própria residência / por orientação do pessoal da CASA.
15	Não sabe exatamente por quê / foi o 1º em que foi chamada / na EPM eram 2 anos e o salário baixo / no H.C. seria o 1º ano de aprimoramento / aqui no Servidor era mais antigo e com tradição / não queria trabalhar mais em disfunções físicas infantis pela questão do irmão.
16	DMR a ênfase era mais geronito / queria reabilitação mais geral que AACD oferecia, apesar da bolsa ser menor / ampliar o conhecimento.
17	Poucas referências dadas pela Fundap / só viu o programa depois da seleção quando já tinha optado pelo H.C. / no Gabriel Porto acabou tendo uma bolsa só / queria o título de aprimoramento.
18	Ficou em dúvida muito tempo / porque era a primeira vez que teria o Curso, não sabia se ia ter organização suficiente / gostou do processo de seleção / achou que teria mais possibilidades de áreas de atuação e em projetos de Saúde Mental / empatia e feeling.

ENTREVISTA	POR QUÊ - COMENTÁRIOS
19	Inscreeveu-se na PUCCamp, mas não foi nem prestar, não queria continuar lá porque já era conhecido / HC CEREST depois da entrevista desistiu, pois não tinha lugar fixo / AACD ia dar base de tudo que existe, de forma bem diversificada na área física que queria aprender.
20	Queria isto mesmo / mesmo se não passasse, tentaria de novo.
21	Foi um "desespero" para decidir / EPM tinha fama e era bem falada / Servidor contato com a supervisora a partir da entrevista e a própria especificidade da área, geronto-psiquiatria.
22	Tive que argumentar com a família que queria S. J. R. Preto / opção foi por São Paulo por se mais perto de Nova Odessa e a passagem ser mais barata / teria mais opções de fazer coisas de T.O. e fora dela / era a sua área de interesse / não prestou EPM porque eram dois anos
23	Queria sair da PUCCAMP para conhecer outras formas de atuação, lá seria o mesmo esquema do estágio do 4º ano / fez inscrição na AACD não chegando a prestar, mesmo que tivesse passado (bolsa mais baixa) ficaria na DMR / porque era USP e queria conhecer outros profissionais.
24	Chegou a fazer inscrição na AACD mas com o pavor por São Paulo, não prestou / fez também inscrição no Sarah / escolheu DMR porque era um dos melhores Centros de Reabilitação do país / te dar currículo.
25	CEREST achou que a clientela ia ser mais limitante / na AACD tinha o nome da Instituição / chance de ver coisas que nunca viu e/ou verá / teria experiência com infantil e adulto.
26*	Chegou a pensar em prestar EPM no ano anterior (96), acabou assistindo a algumas aulas do mestrado / arrependeu-se por não ter prestado outras / achou que o Servidor seria melhor / pela fala dos amigos.
27*	Apesar de ter passado em 1º lugar na UNICAMP escolheu o CAPS porque queria mais a área clínica / identificação com a postura profissional, dinâmica do atendimento e equipe mais diversificada.
28*	
29*	Optou por prestar em todas de Saúde Mental para não arriscar não passar, mas o que queria mesmo era a EPM / escutava a fala de ex-alunos e professores / era o mais completo, oferecia tudo / entrava-se insegura e sala bem formada.
30	Não prestou outros por desconhecimento, na Faculdade quase não divulgam / queria trabalhar dentro de um hospital com equipe multidisciplinar.
31	Queria fazer o 2º ano e fez a proposta ao pessoal da FUNFARME e foi aceita / o programa é absolutamente igual ao da Fundap / fará o 3º ano.
32	Seleção junto com a Fundap / não sabe qual o critério de quem vai para qual tipo de bolsa / escolheu a área física adulto e a de doenças infecto-parasitárias (DIP) / ofereceram-lhe ambulatório de neurologia adulto como um chamariz / trampolim para 2º ano e talvez contratação.

P21 – QUAIS FATORES VOCÊ IDENTIFICA COMO TENDO INFLUENCIADO A SUA ESCOLHA DE ÁREA NO CURSO DE APRIMORAMENTO? SEPARARE OS ASPECTOS QUE VOCÊ CONSIDERA POSITIVOS DOS NEGATIVOS.

ENTREVISTA	MERCADO DE TRABALHO	INTERESSE PELA ÁREA	FACILIDADE DE ACESSO	MOTIVAÇÃO PELA INSTITUIÇÃO	MOTIVAÇÃO PELO SUPERVISOR	COLEGAS JÁ CURSARAM	OUTROS FATORES E COMENTÁRIOS
01	Exige especialização	Sim		Sim	Estar tendo supervisão / atuar com tutela Sim	Sim	Querer continuar estudando / juntar teoria e prática. Fatores negativos: sair cedo e crua da faculdade / não saber bem o que é T.O.
02	Exige especialização	Sim, por dias Saúde Mental e Pediatria					Aprender mais / ter uma base mais sólida. Conversou com vários professores para ajudar na decisão / lado pessoal pesou mais.
03	Influência do pai	Sim	Sim, ligação emocional	UNICAMP nome forte			No começo se decepcionou, pois tinha pouca clientela.
04		Principalmente	Não	S Paulo e Campinas		Ao contrário	Continuar estudando / a gama de estágios é que permitiu a amplitude / abriu vários caminhos.
05		Sim	Preferiu ficar em Campinas	Questionou muito continuar na própria PUCC			Opção foi muito pessoal / ter ficado na PUCC deu mais segurança e impulso para decisões / currículo direcionado para infantil hospitalar.
06		1º Sim	Sim			Sim	Antes foi conhecer o Butantã.
07	Seria uma passagem	Sim		Sim EPM tem nome de peso	1º Principalmente	2º Ouvia falar	Instituição conhecida e com bom conceito.
08		2º		Grandes produções teóricas		1º Já há tempo	Ainda estar dentro de uma universidade aspecto negativo é o valor da bolsa / o que faz continuar é a motivação.
09	Ajuda ter especialização	Sim	Sim	Sim			Medo de agressão de paciente a instigou a saber mais / aspecto negativo é o valor da bolsa.
10	Pensou no futuro	Sim	Sim	1º Hospital escola de nome, bem conceituado.			Continuar estudando pondo a mão na massa juntando teoria e prática voltada para uma área.
11	4º Ajuda muito ter especialização	2º Tendência era a psiquiatria	1º Mora em Araraquara perto de casa	3º Boa instituição para o currículo			Percebeu que a "parte mental" seria útil e teria bagagem para outras clientelas / Rib. Preto seria a oportunidade de conhecer outras coisas.

ENTREVISTA	MERCADO DE TRABALHO	INTERESSE PELA ÁREA	FACILIDADE DE ACESSO	MOTIVAÇÃO PELA INSTITUIÇÃO	MOTIVAÇÃO PELO SUPERVISOR	COLEGAS JÁ CURSARAM	OUTROS FATORES E COMENTÁRIOS
12	4º Intenção de continuar na FUNFARME	1º Dentro da área física, várias faixas etárias Sim, sendo Pediatra	2º É da cidade	3º Várias possibilidades na Instituição			Quer se candidatar a ser bolsista de 2º ano
13	Está difícil	Sim, sendo Pediatra	2º Perto pais e namorado	1º Sempre quis trabalhar lá		3º	Fantasia de trabalho em equipe conjunta, que a decepcionou / gosta dos estudos teóricos na T.O.
14	2º Acresoita que ajuda a entrar	Sim	1º Perto de sua casa	Orientação do pessoal da CASA	Orientação do pessoal da CASA	Sim	
15	Servidor dá credibilidade		1º Perto de sua casa	2º Referência familiar	Referência da supervisora do Cândido Ferreira	Collega de classe já vinha junto	Imão internado por hepatite e foi bem tratado.
16		Necessidade pessoal		2º AACD tem reconhecimento		1º Morava junto	Via as colegas com motivação e interesse.
17	2º Buscar a especialização	1º Sim	Não	Conhecer o H.C.			Só saiu de casa pelo aperfeiçoamento, por ser um ano, bolsa pequena.
18	Querira estar melhor colocada	1º Sim	Sim, queria ficar em São Paulo	Instituição de renome	Sim, simpática		Tinha medo da instituição ser muito arcaica
19	Retorno técnico financeiro	1º Sim	1º Irmãos aqui	1º			É de Presidente Prudente, ficando lá gastaria menos.
20	3º Facilitador de emprego	1º Sim	1º o nome da AACD			2º Foi um reforço	Desde a época do estágio queria vir para a AACD Santana, mas teve que ir para a UJT.
21	3º Vai facilitar achar emprego	1º Área em crescimento	4º Motivação pessoal		2º Ensino foi motivador		Opção também se deu pelo apoio financeiro do marido e o fato de estarem morando em São Paulo.
22	4º Ajuda na formação prática real	1º Oportunidade em São Paulo	1º / 2º Melhor financeira-mente	3º Influência supervisora do Cândido Ferreira			Motivação pessoal – sair da casa dos pais – amadurecimento / poder fazer e conhecer CETO, CECCOS/PAS, tratamentos por mais de 6 meses.

ENTREVISTA	MERCADO DE TRABALHO	INTERESSE PELA ÁREA	FACILIDADE DE ACESSO	MOTIVAÇÃO PELA INSTITUIÇÃO	MOTIVAÇÃO PELO SUPERVISOR	COLEGAS JÁ CURSARAM	OUTROS FATORES E COMENTÁRIOS
23	3º Sair mais preparada e segura	1º Sim		2º Queria sair da PUC, conhecer outras atuações			Não foi a S. J. R. Preto porque era longe / acha que com aprimoramento vai arrumar emprego melhor.
24	1º Aperfeiçoar-se, tem que ter domínio	3º Foi relativo, surgiu depois		2º Porque a melhor amiga ia fazer junto			Teve respeito familiar / no começo não gostou nada, nem da clientela / T.Os muito compreensivas / equipe ajudou muito
25	2º Referência para entrar no mercado	1º Sabia que ia aprender muito		3º Tinha ouvido falar que era bom			Lugar com filosofia de trabalho, bem estruturado e em que a equipe funciona.
26	Continuar estudando	Sim, muito	Sim	Ficou decepcionado	Teve problemas		Foi difícil compatibilizar experiências anteriores e referenciais teóricos.
27	2º Ajudaria a achar trabalho	1º Sim			3º Era supervisor do Cândido e prof. da PUC	2º	Optou pelo CAPS apesar de não ser muito difundido, neste sentido a UNICAMP "valia mais".
28	1º Saiu da faculdade perdida	2º Sim, não prestou outra	1º Era a opção de mercado		2º ou 3º Pais já conhecia	4º Pensou em currículo	Programa mal definido e mal estruturado / relativamente novo / só aprendeu o que não fazer.
29	3º Queria melhorar antes	1º		2º		2º	Queria entrar no mercado com mais bagagem pessoal e profissional.
30		1º		3º Foi coincidência		2º Professora de Aplicadas	
31	3º Como investimento futuro	Faria qualquer área	1º	2º Por ser hospital - escola			Queria retornar e atualizar-se em T.O.
32	4º Queria se aperfeiçoar melhor		3º Cidade 30 km mais próxima	1º		2º Falaram super bem	Antes se sentia estagiária, agora se sente profissional / já sabe como lidar com a supervisão e como estudar.

P22 – VOCÊ IDENTIFICA ALGUÉM QUE A TENHA INFLUENCIADO PARA A ÁREA DE ESPECIALIDADE ESCOLHIDA?

ENTREVISTA	SIM OU NÃO	QUEM	COMENTÁRIOS
01	Sim	Liliam Magalhães	Passagens pelos estágios de psiquiatria / monografia direcionada, "o processo de alta de pacientes psicóticos" / contato com a "linha" que já segue.
02	Sim	Rosana T.O.; Fabiana - monitora	Ambas do Cándido Ferreira foram um espelho no estágio extracurricular.
03	Sim	Pai; ex-namorado	Xeba estágio na área infantil foi bem legal / as influências ajudaram na escolha
04	Sim	Mãe; Tio	Ambos passaram por procedimentos cirúrgicos / monografia com o tema materno "Estenose Mitral, processo saúde-doença" / foi muito marcante a percepção para além do bem-estar físico
05	Sim		A formação toda influenciou muito / estar na PUCC deu mais segurança e impulso para tomar decisões / gostava muito dos Grupos.
06	Não		Somente o fato de a área de saúde mental ser mais estruturada na Faculdade / área física mal estruturada.
07	Sim	Beth Meola	A supervisora do Hospital Dia do Itaim.
08	Sim	Margô CEIO	Paixão e visão pela profissão / abordagem corporal / T.Os. do Hospital Dia do Jabaquara serviram de modelo. Faz especialização lá.
09	Sim	Rebeca T.O. Irmã (fonoaudióloga)	Equipe do Hospital Dia de Ribeirão Preto; médica psiquiatra Chilla foi ótima pela cultura geral.
10	Sim	Adriana Mariely; Mariângela	Agora depois de formada, está atendendo psicóticos. Docente da Federal tem coisa forte na saúde mental / disciplinas melhores mais estruturadas / afimco, dedicação.
11	Sim	Fábio/ Xeba	Supervisoras de estágio profissional em Botucatu / instituição que incentiva trabalhar na área influenciada e incentivada pelos professores do Curso nas áreas de saúde mental e infantil respectivamente.
12	Sim	Cândido Ferreira Leitza PUCC	Modelo institucional / supervisores, não necessariamente os T.Os.
13	Não		Apesar de ser aluna em Lins, foi para uma semana de estudos e viu um trabalho da Pedlatría.
14	Sim	Professores da TO A Casa Beth M. e Viviane	Glória; Adriana em disciplinas Saúde Mental e papos pessoais / Lucy saúde ocupacional e conversas fora de aula. Reforçou / Identificou-se com a forma de trabalhar / os textos e revistas do CEIO Laboratórios de T.O. / gosta da forma de atuação.
15	Sim	Cândido Ferreira	A Instituição e a supervisora Zulmira / os colegas de estágio T.Os, psicólogos, médicos / O "clic" foi o estágio.
16	Sim e Não	São Carlos e família	Sim, enquanto modelos de cientificidade; para continuar estudando e a importância disso, pois não quer ser um profissional ultrapassado cedo e fazer aprimoramento / Não, para a escolha da área.

ENTREVISTA	SIM OU NÃO	QUEM	COMENTÁRIOS
17	Sim	Fabiana Jó Benetton Viviane M.	Identificação com e apoio da supervisora / boa acolhida e troca de idéias no estágio do Centro de Saúde várias áreas. Faz CETO, influência dos professores da área de saúde mental. Palestras e congressos.
18	Sim	Docentes UFSCar Magistério Self- Healing	Área de saúde mental (aplicadas) Gíbria, Thelma A equipe da escola. Preocupação com o bem-estar mental do paciente / tinha mais pendência para este lado.
19	Sim	Prof. de Aplicadas	Modelo do professor e influência do profissional / uma palestra a que assistiu sobre adaptações.
20	Sim	Pacientes Rosania Rossit	Desde a época da Faculdade Na disciplina de Aplicadas atendendo (modelo).
21	Sim	Experiência Profissional	No Cristália gostava de trabalhar com a clientela de idosos.
22	Sim	Cândido Ferreira	A equipe enquanto um universo amplo para além das técnicas clássicas (antes plásticas, nutrição, <i>tal chi-chuan</i> ).
23	Não		
24	Não		Todas as influências se referem ao TMO-UNICAMP / "lá chegou apaixonada e aqui se apaixonou"
25	Sim	Liana	Professora que trabalhava com clientela de adultos disfunções físicas na PUCCamp.
26	Sim	A Casa	Grupos com Sorinha, Beth e Viviane.
27	Sim	Família P. Saúde e Cândido	Queria entender aspectos do pai com seqüela física por uma virose; suspeita do irmão ser usuário de drogas. Foram modelos de como se faziam intervenções.
28	Sim	Docentes PUC Célia e Corsini	Lourdes, Liliam, Sandra, Lúcia, Fabiana (supervisora) meio ídolos até hoje. Modelo de supervisora / equipe multidisciplinar / clientela interessante.
29	Sim	Lourdes Cândido Ferreira	Enquanto docente e coordenadora dos Grupos. Supervisores.
30	Sim	Prof. de Aplicadas	Na área de Dermatologia já havia feito o aprimoramento no mesmo local / foi bem incentivada.
31	Sim	Vontade própria	Queria vir embora de onde estava / por razões só profissionais.
32	Não		

P23 – VOCÊ PRETENDE TRABALHAR NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SEU CURSO DE APRIMORAMENTO? SIM OU NÃO? POR QUÊ?

ENTREVISTA	SIM OU NÃO	POR QUÊ?
01	Sim	Com certeza / quer fazer pesquisa / e um 3º ano de aprimoramento voluntário.
02	Sim	É o que gosta / tem prazer, vontade de estar estudando / pretende juntar com a área infantil / dar aulas em Curso de T.O.
03	Sim	Em prática privada / se precisar vai para uma Instituição / voltaria ao CEI ou Centrinho em Bauru ( cidade de origem).
04	Sim	De forma mais ampliada para além de ser T.O. de reabilitação física e/ou terapeuta de mão / quer saúde do trabalhador ou paciente renal crônico, seres humanos completos.
05	Sim	Tem projetos para área de Saúde Pública, atenção materno-infantil, gestantes, grupos de família / também pensa em Geriatria (estudaria por conta própria).
06	Sim	É a área de que mais gosta e com a qual mais se identifica.
07	Sim	É a área em que está investindo e gosta / já está alugando sala para consultório particular / prestou concurso no Estado (julho 97) Saúde Mental / pretende ainda investir em neuropediatria para estudos, fazer avaliações e não intervenção.
08	Sim	Sente-se mais segura com o conhecimento da parte clínica em Saúde Mental / não descarta outras áreas, quer ir para o mercado, pretende enviar currículo para todas as instituições / talvez rever o Hospital do Tatuapé (distúrbios físicos) / tem planos de fazer pós-graduação.
09	Sim	Acha que o Aprimoramento é para isto mesmo / prestou concursos Ambulatório Bebedouro e Hosp. Psiq. Sta. Rita / planos pessoais-casamento.
10	Sim	Embora tenha um 2º ano de aprimoramento / é a área de que gosta mais, apesar de consumir muita energia emocional / planos de pós-graduação.
11	Sim	É a área de que mais gosta / sente-se com uma bagagem maior, bastante experiência / acha que é a área com que mais se identifica com na T.O. / solicitação do mercado.
12	Sim	Porém, mais na Oncologia Pediátrica, super identificada / neurocirurgia pelo trabalho de equipe e aliar ensino com assistência.
13	Sim	Gostaria de ir para AACD ou SARAH / ser aprimoranda de 2º ano em São José do Rio Preto.
14	Sim	Depende se conseguir emprego, não está limitando à área embora queira ficar na Saúde Mental / prestou concurso no Estado (julho 97) / talvez mude de cidade ou Estado / quer fazer outra especialização "Afteterapia" / talvez mestrado / pensa em ir para Trieste.
15	Não	Pretende procurar a área infantil (múltiplas patologias), pediatria geral ou saúde mental / continuará fazendo CETO.
16	Sim	Reabilitação Física / não sabe exatamente onde, talvez em atenção domiciliar via clínicas / já enviou currículos para APAE - Jundiaí (família) e Prefeitura Itatiba (namorado).
17	Sim	Com certeza / não tem dúvidas quanto à área / instituição psiquiátrica, geronto-psiquiatria / bolsista Fapesp ou laboratório / concurso em Americana.
18	Sim	Veio ao encontro do que queria / novas idéias e pessoais influenciaram / envolvida em dois projetos para 98 / Dependentes Químicos

ENTREVISTA	SIM OU NÃO	POR QUÊ?
19	Sim	Área de maior interesse / disfunções físicas infantil e adulto / está mandando currículos centros de reabilitação, clínicas São Paulo, Campinas (namorado), não quer voltar cidade de origem Presidente Prudente.
20	Sim	Disponível para disfunções físicas infantil e adulto / está mandando currículos, prioridade é emprego / quer se especializar em terapia de mão.
21	Sim	Fez o aprimoramento pensando nisso / já está trabalhando (1 mês) no PAS Centro de Convivência-30 horas com idosos.
22	Sim	Já tem contatos, clínica em Piracicaba, CAPS - Campinas, Hospital Psiquiátrico em Americana / quer sair da casa dos pais.
23	Sim	Gostaria de trabalhar em um Centro de Reabilitação / preferência por idosos / Acidente Vascular Cerebral.
24	Sim	Pretende estudar mais a própria área SARAH, ABBR, Fundação Seima / Ambulatório de Idosos / só mandará currículos para área física adulto-idoso / pretende ter empresa de prestação de serviços terciarizados, tipo Gero-Care.
25	Sim	Porque gostou muito / neurologia infantil e adulto / quer fazer mestrado na área / pensa em carreira docente desde a monitoria / voltará a Campinas e mandará currículos para todas as Instituições menos psiquiatria / eventualmente montar uma clínica.
26	Sim	ABANDONOU - área com que mais se identificou / proximidade com a cliente.
27	Sim	ABANDONOU - 2º ano do aprimoramento / foi trabalhar no Cândido após várias chamadas.
28	Não	ABANDONOU - acha que não iria trabalhar na área mesmo se tivesse concluído o aprimoramento / trabalha com Aids no CORSINI.
29	Sim	ABANDONOU - no momento não está trabalhando / prioritariamente pensa em fazer o novo curso de especialização da PUCC / se aparecer trabalho a preferência é por Saúde Mental.
30	Sim	Disfunções Físicas em geral, ortopedia e terapia de mão / hasnseñase não.
31	Sim	Gostaria de ser contratada no próprio hospital em São José do Rio Preto / preferência por ambulatório de dor e hemodálise.
32	Sim	Gosta e acha gratificante / está abrindo uma clínica em Nova Granada para atender Neurologia-AVC adultos em equipe com Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo.

P24 – COMENTE ALGUM OUTRO ASPECTO QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE EM RELAÇÃO À SUA ESCOLHA DE ÁREA DE ESPECIALIDADE QUE AINDA NÃO TENHA SIDO MENCIONADO.

ENTREVISTA	COMENTÁRIOS
01	Opção acertada de fazer o aprimoramento, pois aprendeu muito mais / está fazendo CETO disciplina de psicanálise.
02	Está gostando do PROAD, possivelmente goste de tudo / está fazendo CETO disciplina de psicanálise / a faculdade deve investir mais em especialização e aprimoramento, divulgando e propondo, principalmente afirmando a necessidade de complementar a graduação, pois não se pode parar de estudar / quer ir para Trieste / no futuro gostaria de dar aula num curso de T.O. / o mercado de trabalho também ensina mas não tanto / valor da bolsa é muito baixo, isto pode ser desmotivador principalmente em programas de dois anos, mas não deve ser alternativa de emprego / acha legal alguém se dedicar a este estudo.
03	Está satisfeita com o que está fazendo / no começo estava decepcionada por ter poucos clientes, depois melhorou / só continuou por ser UNICAMP / quase desistiu por fatores pessoais, brigou com o namorado e com a mãe "quando entra tem que ir até o final"
04	Experiência importante, cresceu profissionalmente / principalmente por ser fora de sua faculdade a mudança favoreceu o equilíbrio / achava que já sabia o que era T.O., mas com o tempo foi ampliando os seus conceitos para além da área escolhida (distinção física) não se considera T.O. de uma determinada área, quer cuidar do ser humano completo.
05	Queixa financeira, valor da bolsa é muito baixo / competição por vagas de um lado e por falta de divulgação, vagas sobrando por outro.
06	Importante ter feito a especialização pois saiu da faculdade limitada / aqui é mais real que os estágios / fica-se mais responsável / já está com visão de saída, não vê a hora de terminar, embora ainda ache que tem muito a aprender mas agora precisa de prática / ainda não sabe o que vai fazer, talvez bolsa FAPESP (trabalho com esquizofrenia) ou trabalhar no Rio com Lizette Vaz.
07	Sente-se muito diferente hoje do que há um ano / no começo achou que dois seriam muito, vaciou com o Servidor, agora acha que o 2º ano foi muito importante, é a fase de consolidação, pois no 1º ano estava meio perdida, mas ao final dele acha que já dá para ir para o mercado / acha que o PAP complementou a lacuna da faculdade, teve que se colocar como profissional / também foi fazer terapia que a ajudou muito, sente-se mais preparada / está fazendo CETO e fez grupo de estudo de acompanhante terapêutico.
08	Não acha que dá para ser em um ano, pois o que é oferecido teoricamente comporta dois anos / a prática é integrada de observar, atuar e aprofundar / no 2º ano esta integração teórico-prática faz muito sentido / acha que se deve escrever sobre o que se faz.
09	Valor da bolsa é muito baixo, deveria haver um fórum reivindicativo / acha que 2 anos são necessários, mas um ano de interconsulta é excessivo, principalmente porque não tem T.O. responsável, embora tenha supervisão.
10	O aprimoramento tem mais pontos positivos que negativos / está aprendendo muito, vivência com equipe, paciente, teorias que vão se revisando e aprofundando / acha que no E.S.P. a área de saúde mental é privilegiada, pois pensa-se muito no humano para além da patologia.
11	Neste um ano está bem satisfeita / acha que tem boa carga teórica, supervisão e treinamento em serviço / acha o 2º ano necessário, ainda se sente insegura profissionalmente, sempre tem ganhos / tem expectativas com a psiquiatria infantil, vai ser a coisa nova e está ansiosa por isso.
12	Estendeu-se na pergunta 23.
13	Estendeu-se na pergunta 23.
14	Acredita que a especialização vai ajudá-la a entrar no mercado e era isto que esperava mesmo / está preocupada pela atual falta de empregos, acha que o mercado em algumas áreas está saturado / quer ir para Trieste / vai fazer outra especialização em Arteterapia e talvez um mestrado.

ENTREVISTA	COMENTÁRIOS
15	A escolha entre as diversas instituições onde foi aprovada foi tumultuada, ficou na dúvida / não se arrependeu de ter escolhido o Servidor.
16	A especialização (AACD) trouxe muita coisa boa, ajuda muito / viu coisas demais, que nunca viu na faculdade, aqui aprendeu o que existe e sabe onde estudar, viu os pacientes mas ainda falta mais prática e juntar a teoria com a prática / a faculdade foi deficitária nisso e sentiu falta de fazer trabalho de graduação antes, o que a ajudaria na hora de fazer a monografia sozinha, a sorte é que fez PIBIC que acabou ajudando.
17	Falta o específico em T.O. em termos de buscar outras especializações ou pós-graduação <i>strito sensu</i> . Estendeu-se na pergunta 23.
18	Fazer T.O. a fez mudar por causa da área de saúde mental / aprendeu a se ver, a ver o outro, a família, a sociedade, o normal e o patológico / gostou de trabalhar com a multidisciplinaridade e em equipe, com todas as dificuldades que é ser equipe no Hospital das Clínicas.
19	Para a sua formação foi de extrema importância, aprendeu em um ano o que não aprendeu em quatro anos de faculdade / sente-se menos perdida / a qualidade do trabalho profissional engrandece o respeito pelo paciente.
20	Saiu da faculdade perdida sabendo que faltava muita coisa / quer buscar o máximo de conhecimentos, só adquirindo isto se especializando / a residência ampliou o horizonte / aprendizagem de políticas institucionais, financeiras, equipes diferentes, formas de trabalho, tudo foi muito bom.
21	O aprimoramento deu muitos subsídios, segurança para saber o que quer, e o que fazer / está sabendo como conduzir um grupo melhor, aprendeu a dar alta individual e em grupo, vislumbrar a evolução / opção pela linha teórica e prática.
22	Acha o título uma ajuda / o conhecimento está mais aprofundado / definiu o seu espaço e papel, conheceu a própria identidade como T.O. em saúde mental / está sabendo que faltam mais coisas para aprender sobre família, relação com a equipe / teve uma decepção grande quando chegou, fez comparações com a EPM / houve mudança de supervisor por atritos pessoais e profissionais / mas foi uma experiência muito boa.
23	Descobriu mais recursos técnicos com ajuda dos supervisores. Estendeu-se na pergunta 23.
24	Acha que o aprimoramento foi uma luz, uma coisa de Deus, pois não sabia para onde ir quando saiu da faculdade / acha imprescindível os ex-alunos fazerem aprimoramento e não caírem direto no emprego / acha que devia haver mais respeito da própria faculdade.
25	Quando entrou na T.O. não sabia o que ia ver pela frente / polêmica entre as áreas física e mental versus ver o paciente como um todo, acha que o aprimoramento dificultou isto / AACD vê excessivamente o físico, o emocional deixa a desejar / acha que aprendeu muito e a opção por neurologia foi decorrente disto, gosta de estudar e lá na área pode se aprofundar.
26	Aprimoranda desistente.
27	Aprimoranda desistente.
28	Aprimoranda desistente.
29	Aprimoranda desistente.
30	Os aprimorandos aqui são muito respeitados pela equipe / muito diferente do que se aprende na faculdade / aprende-se muito com os outros profissionais principalmente com a fisioterapia / há troca de experiências / há paciência e boa vontade de ensino e disponibilidade de aprendizagem.
31	Valeu muito, aumentou sua segurança / percepção de que há mais campos de atuação / realfirma que está fazendo tudo "diretinho" / conheceu gente muito boa do ponto de vista humano e profissional.
32	No começo teve dificuldades de interação principalmente com os médicos / quase largou o PAP, ninguém conhecia T.O., não davam valor, as coisas só melhoraram depois da criação da equipe / proporcionou o conhecimento de uma área nova (AIDS) o que foi estimulante e gratificante, e acabou criando um vínculo forte / pode fazer a correlação da parte física com a saúde mental no Ambulatório.