

**MARIA LUISA GAZABIM SIMÕES BALLARIN**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULANTE

**GRUPOS DE ATIVIDADES: uma discussão teórico-  
clínica sobre o papel da terapeuta ocupacional**

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área Saúde Mental.  
Campinas, 22 de fevereiro de 2001.

*Sérgio Arruda*  
Prof. Dr. Sérgio Luiz S. Arruda  
Orientador

*Campinas*

2001



**MARIA LUISA GAZABIM SIMÕES BALLARIN**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULANTE

**GRUPOS DE ATIVIDADES: uma discussão teórico-clínica sobre o papel da terapeuta ocupacional**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental*

Orientador: *Sérgio Luiz Saboya Arruda*

*Campinas*

2001

iii

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

200106859

UNIDADE BC  
N.º CHAMADA:  
T/UNICAMP  
B212g  
V. \_\_\_\_\_ Ex. \_\_\_\_\_  
TOMBO BC/ 44287  
PROC. 16-392101  
C  D   
PREC. R\$ 11,00  
DATA 09/05/04  
N.º CPD \_\_\_\_\_

CM-00155006-1

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

B212g      Ballarin, Maria Luisa Gazabim Simões  
             Grupos de atividades : uma discussão teórico-clínica sobre o papel  
             da terapeuta ocupacional / Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin.  
             Campinas, SP : [s.n.], 2000.

             Orientador : Sérgio Luiz Saboya Arruda  
             Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
             de Ciências Médicas.

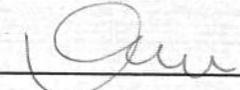
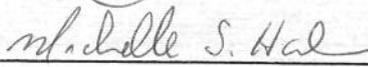
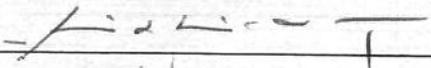
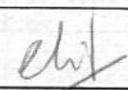
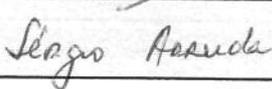
             1. Saúde Mental. 2. Terapia Ocupacional. 3. Grupos. I. Sérgio  
             Luiz Saboya Arruda. II. Universidade Estadual de Campinas.  
             Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

## **Banca examinadora da Tese de Doutorado**

**Aluna: Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin**

**Orientador: Sérgio Luiz Saboya Arruda**

### **Membros:**

1. Profa. Dra. Viviane S. Maximino - 
2. Profa. Dra. Michele S. Hahn - 
3. Profa. Dra. M<sup>ª</sup> de Fátima C. Françoise - 
4. Prof. Dr. Cláudio Eduardo M. Banzato - 
5. Prof. Dr. Sérgio Luiz S. Arruda - 

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

**Data: 22/02/2001**



*A Adair e Níria,  
pelas primeiras e mais preciosas orientações ...*

*A Lourdinha, José Adolfo e Adairzinho,  
que com carinho me inspiraram de maneiras tão diferentes ...*

*A Raquel, André e Caio,  
minhas fontes primárias e inesgotáveis de amor ...*

*A Adriano, companheiro de vida, que com cumplicidade participa desta  
viagem, ajudando-me a superar os desafios, facilitando as  
buscas, os encontros e as trocas ...*



## AGRADECIMENTOS

*O processo vivenciado na elaboração desta tese de doutorado envolveu diferentes momentos. Muitos desses momentos vieram acompanhados de um intenso sentimento de prazer. Prazer em aprender, em procurar, em conseguir realizar, em me sentir capaz de ...*

*Em outros momentos, os sentimentos se tornavam difusos e pareciam justamente inversos.*

*No entanto, nesse oscilar de momentos, estive na companhia de pessoas que muito contribuíram. Penso que agradecê-las é um ato de reconhecimento e uma forma carinhosa de retribuição.*

*Agradeço inicialmente aos professores do curso de pós-graduação, em especial meu orientador Sérgio Luiz Saboya Arruda, que com sensibilidade, disponibilidade e extremo profissionalismo conduziu-me neste processo.*

*Aos colegas do Curso de Terapia Ocupacional da PUCCAMP, que aceitaram paciente e ativamente a sobrecarga do trabalho, muitas vezes não dividida, possibilitado-me um longo período de distanciamento.*

*Aos alunos do curso de graduação em Terapia Ocupacional da PUCCAMP, pelos questionamentos constantes que me fizeram prosseguir.*

*Agradeço ao CNPq, instituição que me apoiou financeiramente, ao longo desses quatro anos de trabalho.*

*À Coordenadoria de Estudo e Apoio à Pesquisa — CEAP, da Pontifícia Católica de Campinas, que durante um ano, financiou a bolsa de iniciação científica de duas auxiliares de pesquisa.*

*À Carla e Sabine, bolsistas de iniciação científica, que participaram com dedicação de uma etapa bastante trabalhosa da elaboração desta tese de doutorado e muito contribuíram.*

*À amiga Rosibeth del Carmen Muñoz Palm, pela disponibilidade em ouvir-me, pelo carinho e pelo acolhimento afetuoso, indispensáveis nesse percurso.*

*À Lilian Viera Magalhães e à Sandra Maria Galheigo, que cuidadosamente puderam comentar e discutir aspectos importantes na elaboração deste estudo.*

*À Kica, Lurdes, Zezé, Berê, Fábio, Regina e todos os amigos, que compartilharam comigo as mais diferentes experiências.*

*A todas as terapeutas ocupacionais que com muita disponibilidade concordaram em participar dessa pesquisa.*

*Ao Luiz Percival Leme Britto pelo acolhimento e pelas inúmeras e importantes correções.*

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULANTE

## *SUMÁRIO*



## PARTE I - CAPÍTULOS INTRODUTÓRIOS

1. INTRODUÇÃO.....	25
2. TERAPIA OCUPACIONAL: DO USO DA ATIVIDADE À CONSTITUIÇÃO DE UMA PRÁTICA EM SAÚDE.....	33
2.1. Algumas considerações sobre o contexto histórico.....	35
2.1.1. O uso da atividade desde a Antigüidade.....	36
2.1.2. Na época do tratamento moral.....	37
2.1.3. A Terapia Ocupacional no início do século XX.....	41
2.2. A Terapia Ocupacional no Brasil.....	43
2.2.1. A ocupação — trabalho nas primeiras instituições.....	43
2.2.2. Da década de trinta à década de setenta.....	45
2.2.3. Da década de oitenta à atualidade.....	52
2.3. As primeiras terapeutas ocupacionais.....	58
2.3.1. A formação das primeiras profissionais.....	58
2.3.2. Os cursos de Terapia Ocupacional e a organização profissional.....	60
2.3.3. A pós-formação da terapeuta ocupacional.....	64
3. A TERAPIA OCUPACIONAL E OS GRUPOS.....	67
3.1. A influência de referenciais teóricos de outras áreas do conhecimento.....	69
3.1.1. As psicoterapias de grupo.....	70
3.1.2. Os grupos para BION.....	78
3.1.3. As formulações de WINNICOTT.....	81
3.1.4. O grupo operativo de PICHON RIVIÈRE.....	84
3.2. Os grupos em Terapia Ocupacional.....	87
3.2.1. Os grupos de Terapia Ocupacional no Brasil.....	92

## PARTE II - OBJETIVOS E MÉTODOS

4. OBJETIVOS E MÉTODOS.....	99
4.1. Pressupostos científicos.....	101
4.2. Objetivos.....	101
4.2.1. Objetivo geral.....	101
4.2.2. Objetivos específicos.....	102
4.3. A questão do método.....	102
4.3.1. O início de um percurso.....	102
4.4. Sobre os procedimentos e os instrumentos de investigação.....	107
4.4.1. A entrevista: aspectos gerais.....	107
4.4.2. Os sujeitos desta investigação.....	111
4.4.3. O primeiro contato: marcando o encontro.....	114
4.4.4. Os encontros: o contexto das entrevistas.....	117
4.4.5. Os registros dos encontros.....	119
4.4.6. O trabalho de análise.....	121
4.4.7. Aspectos éticos.....	122

### PARTE III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. FORMAÇÃO DA TERAPEUTA OCUPACIONAL E OS REFERENCIAIS TEÓRICOS .....	127
5.1. As vivências da graduação .....	129
5.2. Uma nova etapa: atuação profissional .....	133
5.2.1. Algumas inquietações do contato com a prática .....	135
5.3. Buscando a qualificação .....	138
5.3.1. O caminho formal .....	139
5.3.2. O caminho informal .....	146
5.3.3. Pontos de encontro entre o caminho formal e o informal .....	150
6. GRUPOS DE ATIVIDADES: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA .....	153
6.1. O contexto dos serviços .....	155
6.1.1. Enfermaria de psiquiatria em hospital geral .....	157
6.1.2. Hospital-dia e Centro de Atenção Psicossocial .....	161
6.1.3. Os ambulatórios de Saúde Mental e os Centros de Saúde .....	167
6.2. A constituição e a formação dos grupos de atividades .....	170
6.2.1. Tipos de grupos .....	170
6.2.2. O contrato e a constituição do <i>setting</i> terapêutico .....	178
6.2.3. A preparação do ambiente e dos recursos materiais .....	181
6.3. Sobre a dinâmica de funcionamento de grupos de atividades .....	184
7. SOBRE O PAPEL DA TERAPEUTA OCUPACIONAL - COORDENADORA DE GRUPO DE ATIVIDADES .....	189
7.1. Os grupos de atividades .....	191
7.2. A função de planejar .....	193
7.3. A função de facilitar .....	194
7.4. A função de instrumentalizar - ensinar .....	199
7.5. A função de coordenar .....	202

*PARTE IV - CONCLUSÕES*

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	209
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	217
SUMMARY .....	235
ANEXOS .....	239
Termo de consentimento .....	241
Entrevista 02 .....	243
Entrevista 12 .....	271

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- APAE** – Associação de pais e amigos dos excepcionais
- ABBR** – Associação Brasileira Beneficente
- ATOB** – Associação Brasileira de Terapia Ocupacional
- CAPS AEROPORTO** – Centro de Atenção Psicossocial Aeroporto (Campinas)
- CAPS LUIZ CERQUEIRA** – Centro de Atenção Psicossocial Dr.Luiz Cerqueira (São Paulo)
- CAPS INTEGRAÇÃO** – Centro de Atenção Psicossocial Integração (Campinas)
- CEAP** – Coordenação de Estudo e Apoio à Pesquisa (orgão vinculado à PUCCAMP)
- CETO** – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional
- CFE** – Conselho Federal de Educação
- I CNS** – I Conferência Nacional de Saúde
- I CNSM** – I Conferência Nacional de Saúde Mental
- II CNSM** – II Conferência Nacional de Saúde Mental
- COFFITO** – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- ECRO** – Esquema conceitual referencial operativo
- EPM** – Escola Paulista de Medicina (da Universidade Federal de São Paulo)
- FUNDAP** – Fundação do Desenvolvimento Administrativo à Pesquisa
- H.D.** – Hospital Dia
- NAPS** – Núcleo de Atenção Psicossocial
- PUCCAMP** – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- T.O.** – Terapia Ocupacional
- UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos
- UNESP** – Universidade Estadual Paulista
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas
- UNIFESP** – Universidade Federal de São Paulo
- USP** – Universidade de São Paulo





# *RESUMO*



Este trabalho tem por objetivo apresentar um estudo teórico-clínico sobre a Terapia Ocupacional, no contexto de atendimento a grupos de atividades, a partir de uma abordagem psicodinâmica. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, em que se utilizaram como instrumento de investigação entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a quinze terapeutas ocupacionais. Inicialmente, buscou-se resgatar alguns aspectos históricos relativos à saúde mental e à Terapia Ocupacional. Em seguida, considerando o material coletado nas entrevistas, procurou-se destacar e analisar aspectos relativos ao trabalho clínico desenvolvido por essas profissionais junto a grupos de atividades com pacientes inseridos em diferentes serviços públicos de assistência à saúde mental. Deu-se ênfase à formação e aos referenciais teóricos, aos tipos de intervenção, aos aspectos práticos do manejo grupal e às atribuições pertinentes ao papel da terapeuta ocupacional enquanto coordenadora de grupos de atividades. Notou-se a relevância dos grupos de atividades como mais um recurso terapêutico na assistência ao doente mental. Observou-se, ainda, a influência dos referenciais teóricos psicodinâmicos na prática clínica dessas profissionais, possibilitando o aprofundamento e a ampliação do entendimento dos grupos de atividades em Terapia Ocupacional.



UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## *PARTE I*

# *CAPÍTULOS INTRODUTÓRIOS*



# *1. INTRODUÇÃO*



A complexidade dos assuntos e temas que envolvem a Terapia Ocupacional na área da Saúde Mental, assim como a relevância das discussões frente às atuais perspectivas da assistência psiquiátrica brasileira fizeram-me refletir sobre inúmeras questões relativas à prática clínica destes profissionais.

Venho atuando como terapeuta ocupacional há dezesseis anos. Ao longo desse período, tive a oportunidade de vivenciar experiências ricas e diversas, algumas relacionadas diretamente à assistência do paciente psiquiátrico, outras à docência e à pesquisa.

O contato direto com os diferentes grupos de pacientes por mim assistidos, em serviços públicos de Saúde Mental do Estado de São Paulo como o Complexo Hospitalar do Juqueri, o Ambulatório de Saúde Mental, o Centro de Saúde, criou em especial um desejo de aprofundar o entendimento relativo aos grupos de atividades em Terapia Ocupacional (grupos terapêuticos).

Ao percorrer esta trajetória, tive a possibilidade de estar sistematicamente em contato com pacientes psiquiátricos e percebi gradativamente a importância e a riqueza dos grupos como uma forma e um recurso efetivamente terapêutico. Pude ainda notar a ampliação da utilização deste recurso no âmbito geral da terapia ocupacional e o fato de existirem poucos trabalhos científicos nesta área.

No Brasil, a grande maioria dos profissionais terapeutas ocupacionais é do sexo feminino. Considerando-se ser este fato marcante e característico dessa profissão, neste trabalho a referência a esse profissional é sempre feita no gênero feminino.

A prática clínica da terapeuta ocupacional é bastante ampla, e as formas de atendimento grupal vêm sendo empregadas junto a uma clientela que apresenta diferentes problemáticas, tanto na área física (pacientes com seqüelas neurológicas, amputações etc.), como nas áreas social (menores abandonados, infratores etc.) e mental (pacientes com distúrbios psiquiátricos).

Todos esses aspectos descritos motivaram-me a buscar um aprofundamento no entendimento dos grupos de atividades em Terapia Ocupacional. Procurarei, portanto, abordar nesta tese questões da prática clínica da Terapia Ocupacional, especialmente aquelas relativas a grupos de atividades na área da saúde mental. Faz-se necessário salientar que o grupo de atividades a que estou me referindo se caracteriza como sendo aquele em que os participantes se reúnem, na presença de uma terapeuta ocupacional, para vivenciarem experiências associadas ao fazer, como, por exemplo: desenhar, esculpir, costurar, jogar, passear, entre tantas outras atividades. Neste sentido, o processo de realização da atividade, assim como a relação que se estabelece entre os participantes do grupo, a terapeuta e a atividade são relevantes no encaminhamento do processo terapêutico ocupacional.

A atuação clínica colocava-me diante de situações onde dificuldades de ordem teórica e prática emergiam sistematicamente, evidenciando a necessidade de procurar elementos que pudessem enriquecer e subsidiar minha atuação clínica com os pacientes e os grupos e, conseqüentemente, meu percurso. Percurso marcado pela percepção da importância dos pequenos gestos, da relação interpessoal, da possibilidade do estabelecimento de vínculo, da singularidade e da subjetividade. Assim sendo, passei a investir em minha formação pessoal e profissional. Do ponto de vista da formação pessoal, iniciei um processo de análise psicoterápica, pois entendia que esse caminho era fundamental. Na esfera profissional, passei a buscar supervisões clínicas com terapeutas ocupacionais que atuavam, já há algum tempo, com grupos terapêuticos a partir de uma abordagem psicodinâmica.

Nesta trajetória de buscas, ingressei em 1985 no curso de especialização em Terapia Ocupacional psiquiátrica, oferecido pelo Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO). No final de 1987, assumi a docência no curso de Terapia Ocupacional na Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP. Posteriormente, em 1990, ingressei no curso de especialização em Saúde Mental Infantil,

oferecido pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.

Estas três experiências foram bastante significativas, tendo contribuído para minha inserção no programa de pós-graduação em Saúde Mental da UNICAMP, aproximando-me da pesquisa científica.

Como docente do departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, passei a ministrar a disciplina Prática Terapêutica Supervisionada III para alunos do quarto ano do curso de Terapia Ocupacional, o que envolvia atividade docente-assistencial. Passei a coordenar o Programa de Saúde Mental desenvolvido no Ambulatório Geral de Terapia Ocupacional daquela Universidade. Deparava-me com uma função complexa: o ensino. Gradativamente tomava consciência que a função de ensinar envolvia no mínimo uma delicada construção: a relação professor-aluno. Entendia que a construção dessa relação professor-aluno, somente nos permitiria crescer se fosse permeada por aspectos que sustentassem não só a formação técnica, mas também a pessoal.

As vivências, enquanto aluna do curso de especialização do CETO, levaram-me a aprofundar o entendimento da Terapia Ocupacional a partir de uma abordagem psicodinâmica. Desencadearam um processo de amadurecimento profissional e contribuíram no sentido do fortalecimento da identidade profissional. Passei a procurar uma maneira de melhor compreender o sofrimento psíquico dos pacientes que acompanhava. Neste sentido, o CETO apresentou-me os primeiros caminhos frente ao entendimento de uma abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional.

Já as vivências, enquanto aluna do curso de especialização em Saúde Mental Infantil - UNICAMP, colocaram-me em contato com uma equipe de profissionais que utilizavam referenciais teóricos e técnicos ligados à Psicologia psicodinâmica, vindo ao encontro de questões que procurava compreender e utilizar na Terapia Ocupacional. Além

disso, esses profissionais desenvolviam projetos assistenciais voltados ao atendimento a grupos de crianças, mais especificamente, à psicoterapia de grupos de crianças.

Naquela ocasião, pude participar de diferentes procedimentos pertinentes à rotina do ambulatório de Saúde Mental Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Foi de especial importância a participação como observadora de grupos de orientação de mães, grupos de acompanhamento de mães e grupos de psicoterapia de crianças.

Embora, possa parecer que essas experiências, tão ligadas à Psicologia, tenham me afastado das questões específicas da Terapia Ocupacional, acontecia exatamente o contrário. Buscava intensamente, com todo aquele aprendizado, estabelecer uma relação e um maior entendimento dos grupos em Terapia Ocupacional.

Naquele contexto, inúmeras reflexões surgiram:

- de que maneira a Terapia Ocupacional atende grupos de pacientes em Saúde Mental?
- qual o seu referencial teórico-prático?
- como utiliza seu recurso terapêutico: a atividade?
- qual a compreensão que tem do funcionamento de um grupo?

Foram essas as reflexões e indagações que contribuíram inicialmente para a elaboração de minha dissertação de mestrado intitulada: “Terapia ocupacional: uma perspectiva psicodinâmica (contexto e ilustração do atendimento de um grupo)”.

Ao concluir o trabalho de mestrado, já havia acumulado novas e inúmeras indagações, todas relativas a grupos em Terapia Ocupacional. Sentia-me estimulada a prosseguir com as investigações.

Interessava-me, nessa nova etapa, investigar:

- a formação e o referencial teórico-clínico de terapeutas ocupacionais que trabalham com grupos de pacientes em serviços públicos de Saúde Mental;

- o papel da coordenadora, no caso a terapeuta ocupacional, no atendimento a grupos de atividades com pacientes de serviços de assistência à saúde mental;
- a relação da coordenadora — terapeuta ocupacional — com a dinâmica de funcionamento de um grupo de atividades;
- as atribuições da coordenadora — terapeuta ocupacional — num grupo de atividade.

Desta forma, voltei novamente minha atenção a aspectos relativos aos seguintes temas: a prática clínica da terapeuta ocupacional e o contexto de atendimento grupal.

Com a finalidade de facilitar a organização dos conteúdos e temas estudados, dividi este trabalho em quatro partes.

A primeira parte, que inclui esta introdução, compreende os capítulos dois e três. No capítulo dois, procurei descrever aspectos teóricos da Terapia Ocupacional, considerando o contexto histórico que determinou a constituição da profissão, bem como algumas abordagens, em especial a abordagem psicodinâmica.

No capítulo três, procurei abordar e descrever os principais referenciais teóricos sobre grupos terapêuticos de base analítica, assim como as influências desses referenciais, no entendimento dos grupos de atividades em terapia ocupacional, aspectos que proporcionaram substrato teórico à discussão dos resultados.

Na segunda parte, constituída pelo capítulo quatro, apresentei e descrevi os pressupostos científicos, os objetivos, o material e os métodos que fundamentaram todo o trabalho de elaboração desta pesquisa. Enfatizei o fato de tratar-se de uma pesquisa qualitativa, onde foram utilizados instrumentos de investigação pertinentes a Ciências Humanas.

A terceira parte constituiu-se dos capítulos cinco, seis e sete, elaborados a partir da análise e das reflexões decorrentes do material coletado em campo. No capítulo cinco, procurei descrever e analisar a trajetória de formação, a experiência clínica e os referenciais teórico-práticos das terapeutas ocupacionais entrevistadas.

No capítulo seis, a discussão dos resultados e as reflexões assentaram-se na compreensão dos referenciais psicodinâmicos e nas suas relações com os aspectos da prática clínica dirigida ao atendimento de grupos de atividades (das vivências das terapeutas ocupacionais entrevistadas).

Para compor o capítulo sete, procurei efetuar uma discussão teórico-clínica sobre o papel e as possíveis atribuições da terapeuta ocupacional enquanto coordenadora de grupos de atividades em serviços públicos de Saúde Mental.

Finalmente, a parte quatro deste estudo constitui-se do capítulo oito, onde retomei questões que se apresentaram como relevantes para o entendimento do objeto de estudo: uma determinada prática clínica — a da Terapia Ocupacional — especialmente a atuação dessas profissionais junto a grupos de atividades com pacientes inseridos em serviços públicos de saúde mental. Enfatizei, ainda, que alguns aspectos apontaram para a necessidade da continuidade do desenvolvimento de pesquisas nesta área.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

*2. TERAPIA OCUPACIONAL:  
DO USO DA ATIVIDADE À  
CONSTITUIÇÃO DE UMA  
PRÁTICA EM SAÚDE*



## 2.1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO HISTÓRICO

Ao elaborar esse capítulo, tive por objetivo resgatar sucintamente alguns dos aspectos históricos que influenciaram e determinaram a constituição da Terapia Ocupacional, enquanto prática em saúde.

Não objetivava realizar nenhum estudo epistemológico ou propriamente histórico da profissão, até porque diferentes autores de Terapia Ocupacional, como WOODSIDE (1979), DIASIO (1979), SOARES (1987), FRANCISCO (1988), MAGALHÃES (1989) e MEDEIROS (1989), entre outros, já o fizeram e, de modo muito mais detalhado, elaboraram estudos de relevância.

Entendia fundamentalmente que a descrição e o resgate histórico de aspectos da Terapia Ocupacional possibilitariam introduzir, a partir de uma visão geral, dados da profissão, facilitando o aprofundamento posterior e as reflexões sobre a prática clínica, objeto de investigação desse estudo.

Faz-se necessário ressaltar que a idéia do resgate e descrição de alguns dos fatos históricos revelam um jeito particular do pesquisador de olhar para a história e, conseqüentemente, de retirar dela os fatos e acontecimentos que julga significativos. É, na verdade, um recorte histórico que o pesquisador estabelece.

Procurando entender os significados do verbo recortar, encontrei-o no dicionário Aurélio:

1. *cortar formando, (figuras)...*
2. *separar, cortando...*
3. *talhar ou cortar de novo, reduzindo...*
4. *intervalar, entremear, entressachar...*
5. *mostrar-se imitando desenhos recortados.*

Penso que estas idéias associadas ao verbo recortar deram um significado mais adequado a minha ação, já que, ao resgatar alguns aspectos históricos da Terapia Ocupacional, procurei separar aqueles que julguei serem importantes para elaboração deste estudo.

Além disso, é sempre oportuno discorrer sobre a Terapia Ocupacional, pois são inúmeras as situações em que ainda se constata entre outros profissionais da própria área da saúde, uma desinformação sobre seu campo de conhecimento e atuação.

### **2.1.1. O uso da atividade desde a Antigüidade**

Foi no início do século XX, em países desenvolvidos como a Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos, que a atividade passou a ser um instrumento de trabalho de uma profissão específica da área da saúde, a Terapia Ocupacional.

A idéia de utilizar diferentes atividades como a dança, o teatro, a música, o entretenimento, o trabalho como forma de tratamento físico ou espiritual não é nova. No entanto, parece ser

*“ ... muito difícil estimar em que momento de sua história a humanidade delegou a um determinado grupo de indivíduos a tarefa de manejar ocupações com o objetivo de curar ou aliviar os doentes ou desviantes.” (MAGALHÃES, 1989, p.51).*

MATTOS (1922), E. ARRUDA (1962) e ALEXANDER & SELESNICK (1980) preocuparam-se em descrever como diversas atividades e ocupações foram sendo utilizadas com intenção terapêutica, desde a antigüidade.

E. ARRUDA (1962) salienta que, em 2000 a.C., os egípcios já se utilizavam das atividades de passeio, cantos ritualísticos, danças, como forma de tratar o humor doentio. Descreve ainda que, por volta do ano 1030 a.C., o rei de Israel foi tratado de sua

depressão através da utilização da música. Nos templos de Esculápio, 420 a.C., os sacerdotes usavam recreação para tratar doentes.

Constata-se que:

*“... muito tempo antes dos gregos, os egípcios estabeleceram em seus templos o tipo de ambiente que em certos aspectos era mais moderno. Por exemplo, os pacientes eram encorajados a ocuparem-se em suas horas de folga com atividades recreativas como excursões sobre o Nilo, concertos, danças, pintura e desenho, e outras ocupações construtivas. Essas atividades devem ter dado resultados terapêuticos, exatamente como acontece em ambientes de hospital moderno, onde é recomendada a terapia ocupacional. Contudo, havia tão grande necessidade de explicações sobrenaturais, que as curas, quando conseguidas, eram atribuídas ao santo padroeiro do templo onde se encontrava o paciente.” (ALEXANDER & SELESNICK, 1980, p.46)*

É certo que muito se tem escrito a respeito da história da ocupação e da utilização de atividades como meio de tratar os doentes mentais. Mas, de maneira geral,

*“... é preciso lembrar que até o fim da idade média a enfermidade era atribuída às causas sobrenaturais, o que justifica sua relação estreita com as seitas religiosas.” (MAGALHÃES, 1989, p. 52)*

### **2.1.2. Na época do tratamento moral**

Foi no final do século XVIII que a Europa assistiria ao surgimento de um movimento posteriormente conhecido como Alienismo. Este movimento, baseando-se nas idéias de liberdade, racionalidade e humanidade, passa a adotar a atividade - ocupação como parte integrante da terapêutica destinada aos alienados.

*“Os alienados que apresentavam um distúrbio da razão, que não eram delinquentes ou irracionais, deveriam ser tratados com liberdade e humanidade. A doença que*

*causava contradições da razão, ilusões, desordem moral e atitudes anti-sociais, deveria ser enfrentada pelo trabalho. Este, definido como produtivo, regular agradável, era o instrumento da aprendizagem, ordem, regularidade e disciplina. O objetivo a ser alcançado era que o alienado adquirisse um equilíbrio razoável.”* (BENETTON, 1999, p.22)

Foi baseando-se nos ideais de liberdade, racionalidade e humanidade, que, ao assumir a direção do hospício em Bicêtre, em 1793, Philippe Pinel preconizou a primeira reforma assistencial psiquiátrica, que historicamente foi simbolizada pela quebra dos grilhões que mantinham presos os alienados.

Conforme descrito em BENETTON (1999), Postel e Quétel comentam que

*“ ... na história do nascimento da psiquiatria, na Europa, no início do século XX, o lugar eminente dado a Philippe Pinel, é sem dúvida abusivo.”* (BENETTON, 1999, p.23)

BENETTON (1999) descreve ainda que:

*“ ... o nascimento da psiquiatria se deveu a Vincenzo Chiarugi (1759-1820) na Itália, William Tuke (1732-1822) na Inglaterra, e Joahan Christian Reil (1759-1813) na Alemanha, mesmo antes de Pinel. Foram eles, e muitos outros os verdadeiros construtores e também promotores da disseminação do tratamento moral em todo o mundo ocidental.”* (BENETTON, 1999, p.23)

Denominado pelos alienistas como tratamento moral, este movimento se caracterizava como uma prática pedagógica, onde um conjunto de elementos eram manipulados com o objetivo de levar o alienado a transformar seu comportamento estranho numa atitude de obediência e adaptação à organização asilar. (BIRMAN, 1978)

No tratamento moral, os próprios estabelecimentos destinados à internação psiquiátrica tornavam-se instrumentos terapêuticos, pois estruturavam-se a partir de um

sistema global de internação que enfocava prioritariamente aspectos de caráter moral, normativo e disciplinador. (NASCIMENTO, 1991)

O asilo deveria ser organizado de modo que o tempo e o espaço do alienado fossem criteriosamente regulados por agentes responsáveis pela vigilância que ocupavam posição privilegiada no topo da hierarquia administrativa. Pretendia-se, com esta forma de estruturação, que a obediência para com os funcionários determinasse a maneira como os alienados deveriam comportar-se no interior da instituição e, conseqüentemente, na sociedade. (KIRSCHBAUM, 1994)

O trabalho deveria ser entendido como um elemento utilizado com a finalidade de organizar o comportamento caótico do alienado, além de recuperá-lo para a vida social. Para isso, a instituição deveria ser construída em lugares que possibilitassem o desenvolvimento de atividades agrícolas, indicadas aos alienados mais confusos, objetivando a realização de tarefas mais simples. Já para aqueles mais controlados e em recuperação, atividades mais complexas eram indicadas, pois acreditava-se que estas seriam mais adequadas para prepará-los para se reintegrarem à sociedade. (BIRMAN, 1978)

É, portanto, a partir do tratamento moral que tanto as atividades relacionadas ao divertimento e distração como aquelas relativas ao trabalho passaram a ser empregadas em quase todos os estabelecimentos de assistência aos alienados. No contexto do tratamento moral, todos os tipos de pacientes deveriam se beneficiar do uso de atividades.

Entre as atividades relacionadas ao trabalho, incluem-se desde atividades agrícolas até aquelas que envolviam operações e tarefas mais complexas como marcenaria, serraria, costura, entre outras.

O trabalho passou a ser entendido, então, como forma de distrair a atenção do doente de sua moléstia, além de possibilitar a fixação de sua atenção em coisas saudáveis, estimular sua inteligência e recuperar hábitos de ordem, sendo entendido como instrumento da terapêutica médica, devendo ser prescrito somente pelo médico.

Na análise de FOUCAULT (1978) e MACHADO *et al.* (1978), o nascimento da psiquiatria e o fortalecimento do hospital psiquiátrico, enquanto estrutura central da assistência, possibilitaram que a loucura ganhasse o status de doença mental, demarcando uma história de assistência psiquiátrica que se relaciona à segregação do doente mental.

Também nos estudos de MACHADO *et al.* (1978) foram descritos e analisados os fatores que contribuíram e possibilitaram aos hospitais psiquiátricos controlar os comportamentos inadequados apresentados pelos doentes, tornando-os eficazes do ponto de vista terapêutico, na época do tratamento moral.

*“ ... quando a medicina, com o nascimento da psiquiatria, inicia um controle do louco, ela cria o hospício, ou hospital psiquiátrico, como um espaço próprio para dar conta de sua especificidade; institui a utilização ordenada e controlada do tempo, que deve ser empregado sobretudo no trabalho, desde o século XIX considerado o meio terapêutico fundamental; monta um esquema de vigilância total que se não está inscrito na organização espacial, se baseia na “pirâmide de olhares”, formada por médicos, enfermeiros, serventes; extrai da própria prática os ensinamentos capazes de aprimorar seu exercício terapêutico.” (MACHADO, 1985, p. XVIII)*

O desenvolvimento da ocupação terapêutica e do trabalho, tão amplamente empregados na época do tratamento moral, deu-se até meados de 1850. A partir desse período, observa-se que as idéias vinculadas à importância e à valorização da ocupação e do trabalho no tratamento parecem ter-se perdido, verificando-se um declínio súbito de sua utilização, isso até o início do século XX. ( E. ARRUDA, 1962)

De modo geral, pode-se dizer que:

*“ ... o tratamento moral evoluiu no seio do alienismo, até que as contradições internas e a própria sofisticação do quadro social exigissem a reordenação dos mecanismos disciplinares. O alienismo parecerá derrotado pelo advento da psicanálise (e seu cunho de atenção voltado à individualização dos desvios) e pelo surgimento das técnicas de psiquiatria de setor, bem como da psiquiatria preventiva, que implantará*

*na comunidade a figura do profissional incrustado na própria sociedade.”*  
(MAGALHÃES, 1989, p.58)

### **2.1.3. A Terapia Ocupacional no início do século XX**

O termo Terapia Ocupacional foi utilizado pela primeira vez nos Estados Unidos, por George Barton em 1914. No início do século XX, pode-se observar o ressurgimento e a retomada da idéia do valor e da importância da ocupação terapêutica preconizados na época do tratamento moral. Um grupo heterogêneo de profissionais (psiquiatras, enfermeiros, arquitetos, professores, entre outros) desenvolveu os conceitos de ocupação como agente curativo e da pessoa como sujeito ativo na promoção da saúde. HAGEDORN (1999)

Na área da saúde mental, essas idéias foram resgatadas, precisamente na Alemanha a partir das experiências de Hermann Simon, nos Estados Unidos da América, com os trabalhos de Adolph Meyer e, em Heidelberg, com Karl Schneider.

SIMON (1937) preconizou o que denominou de terapia ativa, resgatando a idéia do trabalho produtivo. Na terapia ativa, o trabalho deveria ser entendido como instrumento da educação e como forma indireta de psicoterapia. Além disso, as atividades deveriam ser indicadas pelo médico, considerando-se os diferentes graus de complexidade necessários para sua realização.

*“La educacion, tiene por finalidad, de una parte, dominar y reprimir aquellas inclinaciones incompatibles com la subsistencia y orden de la sociedad, y de outra favorecer la evolucion y fortalecimiento de aquellas capacidades, poderes y formas de reaccion útiles para la convivencia y el orden.”* (SIMON, 1937, p.82)

SIMON (1937) ainda enfatiza que a inatividade, o ambiente manicomial desfavorável e a idéia de irresponsabilidade atribuída ao doente mental deveriam ser constantemente combatidas.

Adolph Meyer procurou sistematizar seu método, também denominado de Tratamento Moral, buscando, a partir da prescrição médica das ocupações com características ressocializantes, possibilitar ao doente mental a aquisição de uma conduta mais adaptada socialmente. Para que esse treinamento se realizasse, era necessário que a instituição fosse organizada de maneira semelhante à sociedade. (BENETTON, 1999)

Karl Schneider procurou estabelecer uma teoria geral da Terapia Ocupacional, fundamentando o uso da atividade a partir da ação de princípios biológicos. A ocupação executada pelo doente não exerceria, portanto, somente uma atividade curativa; sua ação seria biológica, física, profunda, independente da consciência do indivíduo. (E. ARRUDA, 1962)

Na análise de BENETTON (1999), as formulações de Hermann Simon, Adolph Meyer e Karl Schneider possibilitaram a consolidação do uso da ocupação-trabalho como técnica médica, prestando-se de pano de fundo em algumas técnicas ainda hoje empregadas na prática da Terapia Ocupacional.

Do ponto de vista histórico, os períodos que sucederam a Primeira guerra mundial (1914-1918), a quebra do mercado de ações (1929) com intensa recessão econômica e a Segunda grande guerra (1939-1945) trouxeram conseqüências bastante importantes para a Terapia Ocupacional. Esses marcos históricos possibilitaram a abertura de um espaço para a terapeuta ocupacional, onde o trabalho voltado e direcionado à reabilitação facilitou a consolidação de sua prática profissional e conseqüentemente da própria profissão.

O que se verificou nos países desenvolvidos foi a intensa necessidade de reabilitar os incapacitados motores e psiquiátricos, decorrentes das duas grandes guerras. Esses acontecimentos sociais acabaram por favorecer o desenvolvimento e a especialização de áreas da Terapia Ocupacional. Pode-se dizer, portanto, que:

*“ ... numa época em que as instituições precisavam responder às necessidades de assistência aos incapacitados de guerra, aos trabalhadores acidentados de trabalho e*

*à carência de mão-de-obra das indústrias. Estes aspectos indicam que a Terapia Ocupacional foi instituída não apenas para responder às reivindicações dos trabalhadores e melhorar o nível de atendimento das pessoas com disfunções na realização de atividades, mas também para atender aos interesses do capitalismo. Para tanto, o sistema social implementou políticas sociais, entre as quais a reabilitação, buscando neutralizar as pressões populares em relação às condições de saúde. Ao mesmo tempo nos países onde o processo de industrialização estava se desenvolvendo, teve como objetivo o aumento de exército industrial de reserva. Foi assim se desenvolvendo para atender principalmente, a demanda pela reabilitação profissional dos trabalhadores.” (FERRIGNO, 1991, p.4)*

## **2.2. A TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÇÃO CIRCULANT

### **2.2.1. A ocupação — trabalho nas primeiras Instituições**

No Brasil, até as três primeiras décadas do século XIX, não existiam instituições para tratar os loucos. É somente depois desse período que a loucura e o louco passaram a se constituir objetos da prática médica. (KIRSCHBAUM, 1994)

Em sua análise, RESENDE (1990) ressalta as semelhanças entre os processos ocorridos na Europa nos séculos XVI, XVII e XVIII e no Brasil no século XIX, no que se refere à emergência do louco e da loucura como problema social. Enfatiza que, no Brasil, esse processo caracterizou-se com especificidades decorrentes do contexto econômico e social do país, no período colonial. Salienta que as primeiras instituições psiquiátricas brasileiras surgiram com uma única função: a segregação dos desviantes que ameaçavam a ordem e a paz social. Estes, portanto, deveriam ser excluídos. O doente mental viria a ser vítima ou consequência das relações de trabalho do Estado escravista.

A inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, foi um marco para a psiquiatria brasileira. Até o final daquele século, muitos hospitais psiquiátricos

foram construídos em diferentes cidades brasileiras, como Rio de Janeiro (1860), Olinda (1864), Belém (1873), Salvador (1874), São Paulo (1898), entre outras. Dois anos após a inauguração do Hospício Pedro II, o então diretor, Dr. Manoel José Barbosa, instalava as oficinas de sapataria, alfaiataria e marcenaria, planejadas e organizadas de acordo com as idéias de Pinel e destinadas à ocupação dos internos.

Vê-se, desta forma, que as primeiras instituições psiquiátricas (Hospício Pedro II, inaugurado em 1852 e Hospital do Juqueri, inaugurado em 1898) foram influenciadas pelas idéias de Pinel.

*“O tratamento moral, originário da Europa do século XIX provocou respostas em todo o mundo ocidental. Em 1854 começaram a funcionar as oficinas de sapateiro, alfaiate e estopa no Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Esta parece ter sido a primeira tentativa de usar a ocupação como recurso terapêutico entre nós. É necessário assinalar, contudo, que a aurora do século XX seria palco de uma significativa transformação nas relações entre os segmentos sociais agora aglomerados nos centros urbanos nascentes.” (MAGALHÃES, 1989, p.71)*

Ao inaugurar a primeira colônia agrícola, ROCHA (1912) dá início à organização de diversas atividades, tais como plantação de pomar, criação de vacas de leite, de porcos, plantação de verduras, entre outras.

Pode-se dizer que as atividades desenvolvidas eram quase que exclusivamente rurais.

*“Ahi, no asylo central, recolhem-se os doentes recentemente admitidos, para os quaes se supõe sempre a possibilidade de cura... Quando se apresentam indícios de incurabilidade, passam os enfermos para o caput-mortuum do asylo... Para elles a apparencia de liberdade, associada ao trabalho moderado e proveitoso, nas colonias agricolas, é a benção da civilização.” (ROCHA, 1912)*

A idéia básica, que permeava a mentalidade da assistência naquele momento histórico, consistia em tratar o paciente por meio do trabalho agrícola. Estando o paciente recuperado, ele seria devolvido à comunidade.

A exemplo do Hospital do Juqueri, já no final do século XIX e início do século XX, diversos estados brasileiros partilharam a idéia da construção de instituições psiquiátricas agrícolas para prestar assistência aos doentes mentais.

Assim, na assistência psiquiátrica brasileira, o desviante deveria ser excluído, como na fase anterior; entretanto, a instituição preconizava a idéia de reeducá-lo para o trabalho e pelo trabalho. O desviante era, sobretudo, o indivíduo que não se adaptava às novas exigências da sociedade, que se urbanizava de modo acelerado, em função do capitalismo emergente e dos novos modos de produção. (RESENDE, 1990)

Instituiu-se, desta forma, a terapêutica pelo trabalho. A laborterapia e a ergoterapia iriam se caracterizar, nas primeiras décadas deste século, pelo uso terapêutico da ocupação.

*“Tentava-se, desse modo, a título de solução terapêutica, recriar artificialmente o ambiente rural pré-capitalista no qual algumas das práticas agora propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e decorrência natural da própria organização social daquelas sociedades.” (RESENDE, 1990, p.51)*

### **2.2.2. Da década de trinta à década de setenta**

A partir da década de 30, a concepção organicista da doença mental vai se tornando dominante no panorama da psiquiatria brasileira. A ocupação terapêutica vinculada ao tratamento moral, tão valorizada inicialmente, vai sendo gradativamente colocada de lado.

O doente mental passa a ser objeto de estudos clínicos e cirúrgicos. Nesse período, intensificaram-se os estudos sobre anatomia, histologia, patologia, neurologia. Buscava-se uma psiquiatria objetiva, sistematizada e científica.

Contraopondo-se ao modelo médico psiquiátrico dominante e hegemônico e sem aceitá-lo passivamente, a Dra. Nise da Silveira retomou a idéia de tratamento através da ocupação. Fundou em 1946 a seção de Terapêutica Ocupacional, no Centro Psiquiátrico do Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Pouco tempo depois, constatou efetivamente com essa nova abordagem o valor das atividades expressivas, no que se refere às manifestações do mundo interno do doente mental.

*“Creio que a psiquiatria atual atravessa um dos períodos mais sofridos e triste de sua história, que não é de modo nenhum muito amena. A antigüidade conta coisas terríveis dos tratamentos dados aos loucos, aqueles que haviam perdido a razão. Eles eram batidos com varas (...) É muito curioso esse fenômeno de procurar trazer o indivíduo à razão pela violência (...) Não adotei o eletrochoque, nem tão pouco o coma insulínico. Enveredei por um outro caminho, pelo caminho muito modesto da terapêutica ocupacional (...) Mas essa terapêutica, como a entendia, era bastante diferente daquela praticada correntemente, que visava antes de tudo produtividade em benefício da economia hospitalar. A terapêutica ocupacional que procurei adotar era de atividades expressivas que pudessem dizer algo sobre o interior do indivíduo, e ao mesmo tempo falar das relações deste com o meio.” (SILVEIRA, 1987, p.2)*

A prática desenvolvida pela Dra. Nise da Silveira, assim como seus estudos viriam apontar para algumas modificações no enfoque dado até então à Terapia Ocupacional. As ocupações terapêuticas eram aplicadas aos pacientes — incluindo-se os pacientes agudos — por funcionários e monitores sob a supervisão médica.

Desta forma, a partir de uma concepção laborterápica, que relacionava a atividade terapêutica à ocupação-trabalho, estrutura-se uma nova concepção da Terapia Ocupacional, que avança no sentido de atribuir à atividade a possibilidade de comunicação e expressão, sendo este o elemento fundamental da terapêutica.

A abordagem adotada pela Dra. Nise da Silveira, tanto no que diz respeito ao doente mental como à atividade, foi durante muitas décadas marginalizada no meio psiquiátrico tradicional. Somente na década de oitenta passou a ser mais conhecida no meio da Terapia Ocupacional. (SOARES, 1987)

A partir de 1964, a precariedade e a miséria se intensificaram na maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Este panorama se deu, em parte, pela própria história da psiquiatria no Brasil e, em parte, pela função das políticas de saúde da época.

Na segunda metade da década de sessenta, o setor saúde caracterizava-se a partir de um modelo estatista e privatizante. Funcionava de tal forma que toda prática médica que não fosse liberal tornava-se previdenciária, por meio de convênios com o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social<sup>1</sup>. O Estado privatizava-se à medida que prestava serviços de assistência à saúde, por meio de clínicas e hospitais particulares. O objetivo principal desse processo era a universalização da assistência médica em benefício das empresas privadas.

O INPS, o MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>2</sup>, e o PPA - Plano de Pronto Ação<sup>3</sup> foram elementos fundamentais nesse processo de centralização. Promoveu-se o rápido crescimento das empresas de saúde, possibilitando situações onde os atos médicos eram realizados desnecessariamente ou eram cobrados sem ser realizados. (SOARES, 1987)

As atividades médico-assistenciais foram centralizadas no INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a partir de 1977, que passou a

---

<sup>1</sup> INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, surgido em 1966, a partir da unificação dos IAP'S. Os IAP'S - Instituto de Aposentadorias e Pensões foram criados no governo de Vargas - 1930, a partir da incorporação das unidades de âmbito estadual, montadas nos anos 20 - as Caixas de Aposentadorias e Pensões.

<sup>2</sup> MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, no governo Geisel e composto pelo INPS, IPASE, SASSE, LBA, FUNABEM e CEME.

<sup>3</sup> PPA - Plano de Pronto Ação, estabelecido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974. Possibilitou a expansão do convênio entre empresa de médio e grande porte com as empresas de saúde.

sustentar grande parte do setor privado de saúde por meio de serviços contratados ou conveniados, tornando-se um “poderoso aparelho burocrático”.

Os reflexos dessa política de saúde na área de saúde mental foram de tal modo que:

*“O período de 65 a 70 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada. Neste período, enquanto a população internada dos hospitais públicos permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965, para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 1965 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000.” (RESENDE, 1990, p. 61)*

Nos primeiros anos da década de setenta, uma diversidade de propostas e ações concretas foram formuladas na assistência psiquiátrica brasileira. Várias experiências regionalizadas (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo) começam a acontecer. Buscam-se modelos voltados para a não hospitalização e o empenho curativo da própria psiquiatria.

Na análise de RESENDE (1990), é nesse período que ocorre grande aquecimento da economia, havendo redução na ociosidade da indústria e indícios de escassez de mão-de-obra. Para esse autor, estes aspectos conjunturais facilitaram a proposta de manter o doente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho.

Alguns psiquiatras parecem interessar-se por modelos assistenciais diferentes do tradicional. Entre eles destacam-se: Elso Arruda e Luiz Cerqueira, ambos incentivadores da Terapia Ocupacional.

Luiz Cerqueira teve participação bastante importante no cenário da Psiquiatria Social brasileira. Defensor das práticas socioterápicas, das técnicas psicoterápicas e

terapêuticas ocupacionais, acreditava serem estas partes relevantes de sustentação da assistência psiquiátrica.

*“É muito velha a noção médica de que doença e doente devem ser tratados simultaneamente. Tenho, porém, tantas dúvidas de que um único e exclusivo processo terapêutico possa tratar do binômio doença-doente, que não me parece ousado afirmar: terapêutica ocupacional não cura doenças, do mesmo modo que choques e psicofármacos não curam doentes. Mas, como as outras socioterapias e psicoterapias, que também não curam doenças, a terapêutica ocupacional cura doentes, do mesmo modo que choques e psicofármacos curam doenças.” (CERQUEIRA, 1984, p.11)*

Na análise de CERQUEIRA (1984), a assistência psiquiátrica brasileira era estruturada a partir de um modelo hospitalocêntrico que propiciava a cronificação do doente mental, bem como a ineficiência do sistema e suas deformações administrativas. Todos esses aspectos o fizeram discutir intensivamente novas diretrizes para assistência à saúde mental. Tais diretrizes, que se sustentavam a partir de um modelo extra-hospitalar, viriam apontar para a necessidade da formação de recursos humanos e para estruturação de equipes multidisciplinares, nelas incluindo a terapeuta ocupacional.

No início da década de setenta, ao assumir a Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, o Dr. Luiz Cerqueira busca implementar todas as diretrizes tão amplamente discutidas por sua equipe de trabalho. Porém, na segunda metade da década de setenta, após cinco anos de relativa prioridade, a assistência psiquiátrica entra em declínio, retomando-se novamente a postura de exclusão e segregação do doente mental. Os gastos com a assistência psiquiátrica, que no início da década de setenta representavam oito por cento dos gastos com a assistência médica geral, no final da década de setenta, mais precisamente em 1979, passaram a representar aproximadamente quatro e meio por cento. (RESENDE, 1990)

Nos anos setenta, o Dr. Luiz Cerqueira desenvolveu diversas atividades junto à Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil - ATOB. (MAGALHÃES, 1989)

No que concerne à Terapia Ocupacional na área da saúde mental, é em meados da década de 70, que algumas terapeutas ocupacionais brasileiras vão incorporar conceitos psicodinâmicos na análise e aplicação terapêutica da atividade. Estas terapeutas iriam divulgar e estudar os trabalhos dos introdutores da abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional, os americanos FIDLER & FIDLER (1963) e AZIMA & AZIMA (1979), aprofundando-se no referencial psicanalítico e no estudo das atividades, principalmente artísticas, nos seus aspectos técnicos e simbólicos.

Novamente pode-se constatar que, de uma concepção laborterápica, que relacionava inicialmente a atividade terapêutica à ocupação-trabalho, a terapia ocupacional avançou no sentido de atribuir à atividade a possibilidade de comunicação e expressão, conforme objetivou Nise da Silveira, passando a enfatizar mais um elemento, a relação interpessoal terapeuta-paciente. Estes tornaram-se os elementos fundamentais da terapêutica.

A Terapia Ocupacional, a partir dessa abordagem psicodinâmica, pode ser definida:

*“ ... como um método de tratamento que tem como instrumento fundamental de trabalho a atividade terapêutica com objetivos e orientação específicos. Através da dinâmica que se estabelece na relação da tríade terapeuta-paciente-atividade e da conseqüente compreensão da linguagem da ação a Terapia Ocupacional previne e trata, integrando socialmente indivíduos com perturbações físicas, mentais e/ou sociais pela utilização de capacidades remanescentes (...) A proposta básica de Terapia Ocupacional é a melhoria da qualidade de vida, através do uso terapêutico das relações interpessoais de trabalho e lazer. Procura utilizar-se de atividades para possibilitar uma forma de comunicação não verbal, cabendo ao terapeuta compreendê-las e trabalhá-las dinamicamente na relação com o cliente. De acordo com a proposta geral do ambulatório de saúde mental a ênfase deverá recair no atendimento grupal.” (SÃO PAULO, 1983, p.33)*

Conforme salientei anteriormente, os americanos FIDLER & FIDLER (1963) e AZIMA & AZIMA (1979) foram os precursores da abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional, tendo utilizado fundamentalmente em suas formulações conceitos da teoria freudiana do desenvolvimento psíquico.

NELSON (1997) salienta que, no modelo psicodinâmico de Terapia Ocupacional, os objetivos da ocupação terapêutica relacionam-se a aspectos do desenvolvimento psíquico. Os impulsos libidinais e agressivos são entendidos do ponto de vista teórico como sendo inerentes ao desenvolvimento psicosssexual. O ego se defende da ansiedade por meio de uma variedade de mecanismos inconscientes, alguns dos quais são relativamente adaptados e outros não. Ao longo do processo terapêutico, a terapeuta ocupacional introduz gradativamente atividades que facilitam relativa alteração dos mecanismos de defesa.

Segundo BENETTON (1991), a Terapia Ocupacional é um processo de comunicação através da tríade terapeuta-paciente-atividade. A atividade é utilizada enquanto possibilidade de comunicação.

*“Essa forma de comunicação deve levar em conta além do que podemos perceber da história e da simbologia, alguma indicação dada pelo próprio paciente sobre o significado de tal atividade. Sem contar a história, a associação ou mesmo a demonstração de sentimentos creio que tal atividade e sua representação simbólica deverão ficar ‘guardadas’ para um trabalho posterior.” (BENETTON, 1991, p.42)*

As atividades são consideradas como veículos para o movimento emocional. PIERGROSSI & GIBERTONI (1995) utilizam-se de referências psicanalíticas e descrevem o processo de realização da atividade como um complexo entrelaçamento das transformações internas e externas que ocorrem como parte da relação do paciente com a terapeuta.

Na análise de MEDEIROS (1989) e PINTO (1990), pode-se dizer que a abordagem descrita acima enfatiza o modelo humanista de Terapia Ocupacional. Nesse

modelo, prioriza-se a relação terapeuta-paciente, valorizando-se o processo de tratamento que é único e específico para cada indivíduo.

O modelo humanista influenciou alguns dos importantes teóricos da Terapia Ocupacional, como Kielhofner e Reilly. Neste modelo, alguns conceitos do existencialismo e do humanismo são adotados como referenciais filosóficos. O ser humano é valorizado individualmente, considerando suas habilidades para mudar ou se adaptar em função de seus valores e interesses. (NELSON, 1997)

### **2.2.3. Da década de oitenta à atualidade**

Na década de 80, o movimento pelas “diretas já”, em certo sentido, refletiu a organização de diferentes grupos sociais e a necessidade de mudanças. A sociedade civil participava das primeiras eleições diretas para governadores, após um período de vinte anos de ditadura militar. Os movimentos sociais, que começaram a se fortalecer ainda em meados da década de setenta, ganharam expressão e gradativamente um grupo de profissionais e pessoas vinculadas à área da saúde organizava um movimento que se preocupava com a transformação do setor saúde. Estes profissionais adotaram como tema central de suas discussões e reflexões a luta pela reforma sanitária e a redemocratização do país.

Na área da saúde mental, a influência de movimentos como a antipsiquiatria, a psiquiatria italiana e a psiquiatria comunitária foram decisivos na transformação do setor.

Especificamente nesta área, propostas de assistência extra-hospitalar vão sendo elaboradas. Objetivam-se no Estado de São Paulo a implementação de ações de saúde mental em Centros de Saúde, a ampliação da rede ambulatorial, além de se buscar promover a regionalização, hierarquização e integração dos serviços. (RIBEIRO, 1999)

Ao assumir a coordenação de saúde mental da secretária de saúde do Estado de São Paulo em 1983, Marcos Pacheco de Toledo Ferraz defende prioridades previamente

discutidas por um grupo de técnicos que haviam elaborado a proposta de saúde mental do governo de Franco Montoro, que priorizava:

- implantar ações de saúde mental em centros de saúde com uma equipe mínima composta por psicólogo, psiquiatra e assistente social - **atenção primária**;
- ampliar a rede ambulatorial - **atenção secundária**;
- recuperar os leitos próprios - **atenção terciária**;
- promover regionalização, hierarquização e integração dos serviços.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

*“A estratégia de se implementar preferencialmente serviços extra-hospitalares obedece a recomendações técnicas atuais, além de significar uma medida econômica no sentido restrito dos custos operacionais de sua implantação, e infinitamente mais econômica se considerarmos o ganho social da parcela dos doentes civilmente marginalizados que por sua falta de estruturas alternativas de atendimento tem na hospitalização psiquiátrica de longa duração, a única resposta a suas dificuldades.”*  
(FERRAZ & MORAIS, 1985, p.16)

A proposta de saúde mental que se consolidava no governo Montoro visava à ampliação dos centros de saúde e ambulatórios, além da recuperação dos leitos dos hospitais públicos psiquiátricos. Objetivava-se, ainda, o desenvolvimento de pronto socorros psiquiátricos e unidades de enfermagem. Esta proposta foi elaborada a partir da realização de um diagnóstico da situação da rede hospitalar e extra-hospitalar.

No Estado de São Paulo, a atenção psiquiátrica privilegiava o setor hospitalar, sendo que a população hospitalar constituía-se basicamente de pacientes crônicos. Embora o setor hospitalar viesse sendo privilegiado, isso não se refletiu de maneira significativa em maior eficácia e eficiência desse sistema. Na rede extra-hospitalar, constatava-se a existência de dezoito ambulatórios (onze na Grande São Paulo e sete no interior do Estado), quarenta e seis centros de saúde (dezenove na Grande São Paulo e vinte e cinco no interior) e o INAMPS contava com onze espaços institucionais onde se oferecia assistência

psiquiátrica ambulatorial (quatro na Grande São Paulo e sete no interior). Um dos aspectos diagnosticados referia-se aos recursos humanos. Embora houvesse nos ambulatórios a presença de diversas categorias (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais), não se efetivava o trabalho em equipe multiprofissional, faltava uma proposta de trabalho que contemplasse as contribuições específicas dos diferentes profissionais. (PITTA-HOISEL, 1984)

Ainda no ano de 1983, a Coordenadoria de Saúde Mental elaborou um documento que viria ser a “Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental”. Este seria o primeiro documento publicado que continha uma proposta técnica com perspectiva de mudança da atenção psiquiátrica vigente. (PITTA-HOISEL, 1984)

Com a gradativa implantação dessas propostas, aumentou-se o número de profissionais terapeutas ocupacionais, assim como de outros técnicos, que passaram a integrar equipes nos ambulatórios e nos hospitais psiquiátricos.

No final de 1984 e início de 1985, a Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, através da Coordenadoria de Saúde Mental, contratou trinta terapeutas ocupacionais, sendo dezenove para o Juqueri e onze para os ambulatórios.

A contratação de terapeutas ocupacionais em hospitais psiquiátricos públicos não era algo original. Pode-se dizer que, até então, a prática da terapeuta ocupacional estava relacionada à manutenção da internação.

A contratação de onze terapeutas ocupacionais para integrar as equipes dos ambulatórios, pode-se dizer que este sim era um fato novo. As terapeutas ocupacionais estavam, agora, diante de um outro tipo de exigência — a formulação de formas diferenciadas de intervenção e de resgate da cidadania.

Segundo MEDEIROS (1989) e PINTO (1990), observa-se o surgimento de uma nova tendência na Terapia Ocupacional, que, da perspectiva das correntes metodológicas, está voltada ao materialismo histórico:

*“Ao atender o homem enquanto indivíduo histórico, determinado pela época, classe e local em que vive, pressupõe que seu acontecimento clínico (a doença), como outros fatos da vida, também seja determinado socialmente. Portanto, não basta atuar com o indivíduo, como se ele fosse singular no mundo, mesmo realizando um esforço no esclarecimento das regras e normas sociais. É necessário uma postura de crítica da organização social vigente que provoca, agudiza ou cronifica o problema sentido como individual.” (PINTO, 1990, p.77)*

Os movimentos sociais mais organizados que buscavam a transformação da área da saúde mental e que já contavam com o engajamento de profissionais terapeutas ocupacionais continuavam a se fortalecer. Buscava-se intensamente um modelo de atenção que remetesse à desinstitucionalização. Neste cenário, dois acontecimentos ocorridos na área da saúde tiveram importância significativa. A VIII CNS - Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1986 e a I CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Na VIII CNS, concentraram-se aproximadamente quatro mil pessoas, não só dos setores técnicos interessados na área, mas também representantes de movimentos populares e sindicais. Muitas das diretrizes discutidas no CEBES<sup>4</sup> foram retomadas e aprofundadas naquela ocasião. Em decorrência da VIII CNS, criou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que tinha por objetivo formalizar o projeto de Reforma Sanitária. Para a comissão, esse projeto tinha como meta a criação de um sistema único de saúde que respeitasse os princípios de universalidade, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, continuidade da atenção, inter-institucionalidade, inter-setorialidade e controle social do sistema.

---

<sup>4</sup> CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em 1976, por um movimento de profissionais da Saúde engajados com uma proposta de transformação da Saúde - luta pela reforma sanitária e pela redemocratização do país.

Acreditava-se que as estratégias para implantação dessa reforma contemplariam:

- a consolidação das AIS — Ações Integradas de Saúde<sup>5</sup>;
- a criação do SUDS — Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde<sup>6</sup>.

Em julho de 1987, a implantação dessas estratégias envolvendo o processo de descentralização se oficializa com o Decreto nº 94.657, onde o governo de José Sarney estabelece a criação do SUDS. Com essa resolução, ampliam-se as responsabilidades sanitárias e a autonomia dos Estados e Municípios.

O processo de ampliação do poder das secretarias municipais de saúde iniciou-se com as AIS, manteve-se com o SUDS e acabou por se consolidar com a lei que regulamentou o SUS, em 1990.

Em “A reforma da reforma - repensando a saúde”, CAMPOS (1992) analisa o processo de descentralização instituído no Brasil em 1987 (com a criação do SUDS e posteriormente SUS) e conclui ser este um processo ambíguo e incompleto. Constata que a dependência financeira existente entre o poder local e os governos de Estados e União é um fator que limita o processo de descentralização, já que os municípios não possuem recursos suficientes para executar os serviços que lhes cabem.

Já no final da década de oitenta, algumas experiências inovadoras de assistência ao doente mental foram sendo construídas, especialmente nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Desta forma, nos anos subseqüentes foram sendo construídos,

---

<sup>5</sup> AIS - Ações Integradas de Saúde - o programa de Ações Integradas de Saúde foi instituído em 1983, através de uma ação conjunta dos poderes públicos (Federal, Estadual e Municipal). Esse programa possibilitava à população previdenciária o direito de ser atendida também nos Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospitais das redes públicas estadual e municipal. Além disso, os recursos financeiros poderiam ser repassados pelo INAMPS à Secretaria Estadual de Saúde.

<sup>6</sup> SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - “Os convênios do SUDS significaram um aumento expressivo de recursos orçamentários para o setor Saúde ao nível municipal, pois, além do repasse de recursos financeiros para o custeio dos serviços de saúde ao nível estadual, havia o pagamento por produção de atividades e a possibilidade de aplicação de recursos para expansão da rede municipal dos serviços de saúde” (TANAKA, 1991).

gradativamente, equipamentos alternativos de assistência ao doente mental, como centros de atenção psicossociais, hospitais-dia, cooperativas, entre outros.

Do ponto de vista da Terapia Ocupacional, pode-se constatar o aumento significativo do número de profissionais inseridos nos novos equipamentos, especialmente no Estado de São Paulo.

No ano de 1990, a Secretaria de Saúde do município de São Paulo realizou concurso público para contratação de duzentas e trinta e duas terapeutas ocupacionais, para trabalhar em diversos equipamentos (serviços) de saúde mental. Foi o primeiro concurso público no país com número significativo de vagas para as terapeutas ocupacionais

Considerando o contexto histórico apresentado e todo o movimento que objetivava transformar o modelo de assistência na área da saúde mental, emergiu a possibilidade de mudança na legislação psiquiátrica em vigor, estando em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657-B (BRASIL, 1989), de autoria do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação compulsória.

Sem dúvida, o Projeto de Lei nº 3657-B (BRASIL, 1989) viria abordar uma temática extremamente polêmica, que se relacionava com a questão da desinstitucionalização dos pacientes portadores de doença mental e do resgate da cidadania. Por isso mesmo, encontrou oposição de vários setores da sociedade, que viam seus interesses econômicos, políticos e ideológicos ameaçados. As discussões decorrentes deste projeto de lei, bem como a mobilização de todos os setores interessados, repercutiriam em acontecimentos importantes, que refletiram sobre a assistência psiquiátrica brasileira. Estes acontecimentos determinaram a elaboração da portaria do Ministério da Saúde nº 224 de janeiro de 1992, que estabeleceu diretrizes e normas de funcionamento de serviços de hospitalização parcial, além de reconhecer outros procedimentos como a terapia de grupo e a terapia ocupacional. Contribuíram, ainda, para a organização da II CNSM – Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, que apresentou como tema central das discussões a

“A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental: Modelo de atenção e direito à cidadania”. (LIMA, 1999)

Finalmente, em janeiro de 1999, aproximadamente após dez anos de tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de lei nº 3657-B (BRASIL, 1989) foi aprovado no Senado com emendas substitutivas.

Na análise de DELGADO (1999), a aprovação do Projeto de lei implementa política e simbolicamente algumas idéias da reforma psiquiátrica, acrescentando a necessidade de programas específicos para os doentes mentais institucionalizados há muitos anos. Salienta ainda que, ao não discriminar a territorialização dos serviços e o redimensionamento das verbas para a rede extra-hospitalar, as emendas substitutivas acabam por manter o caráter ambíguo do hospital psiquiátrico.

## **2.3. AS PRIMEIRAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

### **2.3.1. A formação das primeiras profissionais**

*“Há indicações de que entre 1911 e 1915 foram realizados programas de terapia ocupacional para inválidos no Massachusetts General Hospital. Os programas eram realizados por enfermeiros e artesãos, sob a supervisão do Dr. William Rusch Dunton que teria publicado um livro denominado Occupational Therapy, A manual for Nurses.” (MAGALHÃES, 1989, p.59)*

Segundo WOODSIDE (1979), a Terapia Ocupacional lutou durante seus primeiros anos para estabelecer alguns padrões educacionais. Por volta de 1911, os programas de Terapia Ocupacional eram supervisionados por médicos e executados por artesãos. Posteriormente, assistentes sociais e especialmente enfermeiras passaram a ser treinadas para desempenhar a função dos antigos artesãos e se transformavam, algumas delas, em terapeutas ocupacionais.

*“Em 1918 o Milwaukee-Downer College iniciou a primeira escola de Terapia Ocupacional numa instituição acadêmica. Outras logo seriam criadas na Filadélfia, St. Louis e Boston.” (MAGALHÃES, 1989, p.61)*

As primeiras escolas de educação formal em Terapia Ocupacional estabeleceram-se durante a segunda década do século XX e expandiram-se rapidamente, estruturando-se a partir de uma estreita relação com o modelo médico.

*“Assim, já em 1922, a necessidade de organização de escolas de Terapia Ocupacional era amplamente reconhecida. Em 1923, foram publicados (nos Estados Unidos da América) os padrões mínimos para cursos. A American Occupational Therapy Association (nome adotado pela National Society for Promotion of Occupational Therapy, a partir de 1923) escolheu ser auto-regulada e esta decisão parece ter sido ligada à primeira afiliação e apoio da Terapia Ocupacional à medicina, que também é auto-regulada. Duas ações estabeleceram, sem sombra de dúvidas, esses poderes auto-regulatórios: a publicação do Essentials for Professional Education of the American Medical Association 1923; e o processo de registro através do exame administrado pela própria American Occupational Therapy Association. Esses dois fatos ajudaram a definir especificamente as qualificações e conhecimentos de Terapeutas Ocupacionais.” (LOPES, 1999, p.137)*

Nos anos seguintes, até por volta do início da década de sessenta, o conceito de reabilitação física e mental, bem como suas técnicas correspondentes, se consolidam. Amplia-se de maneira significativa nos Estados Unidos da América o número de terapeutas ocupacionais formadas a partir do modelo médico e de reabilitação. Muitas dessas novas profissionais vão exercer terapias auxiliares especializando-se cada vez mais.

*“Terapeutas não raro lidavam apenas com parte das necessidades do paciente – parte de suas necessidades de atividades, parte de seus corpos – mas não com todas as suas necessidades como ser humano.” (DIASIO, 1979, p.66)*

Nos anos setenta, sob a influência dos programas voltados à Saúde Comunitária, as terapeutas ocupacionais iniciam um processo de afastamento do modelo

médico. Começam a atuar na comunidade e passam a definir conceitos a partir de parâmetros profissionais de seus interesses.

*“ ... embora, inicialmente, houvesse uma crescente obscuridade quanto ao seu papel em equipes terapêuticas comunitárias, terapeutas descobriram, freqüentemente ser possível inovar e afastar-se de papéis estereotipados numa atmosfera mais livre. No processo terapeutas ocupacionais ficaram mais confiantes de suas contribuições, buscaram cada vez mais fundamentação para a prática e desenvolveram papéis terapêuticos primários para si próprios.” (DIASIO, 1979, p.67)*

Na Inglaterra, Estados Unidos da América e Canadá, observou-se que, no que se refere aos aspectos relativos à formação das terapeutas ocupacionais, foram sendo estruturados gradativamente diferentes programas educacionais em níveis superiores e inferiores ao bacharelado. Buscava-se maior capacitação, além dos cursos de reciclagem, de atualização e do aprofundamento teórico-prático das profissionais.

### **2.3.2. Os cursos de Terapia Ocupacional e a organização profissional**

No Brasil, os primeiros cursos de formação em Terapia Ocupacional iniciaram-se a partir da estruturação da ABBR - Associação Brasileira Beneficente, no Rio de Janeiro, em 1956, e do Instituto de Reabilitação da USP, em 1957<sup>7</sup>. Tinham inicialmente a duração de dois anos, passando posteriormente a três. Receberam fortes influências do modelo norte-americano voltado para reabilitação profissional.

No início da década de sessenta já se podia contar com os primeiros profissionais formados no Brasil.

---

<sup>7</sup> Segundo BENETTON *et al.* (2000), em 1957, Neyde Hauck, terapeuta ocupacional formada nos Estados Unidos, recebendo financiamento da OMS – Organização Mundial de Saúde, estruturou o curso técnico de Terapia Ocupacional do Instituto de Reabilitação, anexo à Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da FCM da Universidade de São Paulo.

Faz-se necessário ressaltar que, entre os anos de 1948 a 1961, conforme descreve MAGALHÃES (1989), alguns cursos de treinamento foram ministrados pela Dra. Nise da Silveira e colaboradores no Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Esses cursos tinham por objetivo preparar o pessoal auxiliar para atuar na seção de terapêutica ocupacional. A duração dos cursos era de aproximadamente dezesseis semanas. No programa, constavam noções de psicopatologia, psiquiatria e terapêutica ocupacional. De maneira geral, pode-se dizer que, naquele período, esses cursos foram estruturados para responder às demandas de uma experiência bastante demarcada, desenvolvida pela Dra. Nise, não havendo relação mais estreita com a educação formal de terapeutas ocupacionais.

Em 1963, o Conselho Federal de Educação — CFE determinaria a elaboração do currículo mínimo. Tal medida, visava dar conta da formação da terapeuta ocupacional. O currículo mínimo estabelecido previa carga horária mínima de 2160 horas, a serem integralizadas em três anos letivos. (LOPES, 1999)

Além disso, fixava matérias específicas tanto para o curso de Fisioterapia, como para o de Terapia Ocupacional, que se estruturavam numa trajetória de muitas similaridades.

*“O primeiro modelo curricular brasileiro para os cursos de Terapia Ocupacional, vigorou de 1963 até 1982 e estava calcado na preparação de um profissional subordinado ao médico e voltado exclusivamente à área de reabilitação. O parecer número 388/63 não faz qualquer segredo sobre as intenções de formar pessoal subalterno e menos qualificado até que seus pares estrangeiros.” (MAGALHÃES, 1989, p.121)*

Com a implantação do currículo mínimo para os cursos de Terapia Ocupacional,

*“Segue-se a esses eventos longo período em que se consolida um viés ‘técnico’, ‘científico’, apoiado de um lado, em um verniz humanístico (psicanálise, psicologia,*

*sociologia, etc.) e, de outro, um embasamento vago e frágil, nas técnicas médicas e ciências biológicas em geral.” (LOPES, 1999, p.149)*

Em 1969, por meio do Decreto-Lei nº 938, o general Arthur da Costa e Silva reconheceu as terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas como profissionais de nível superior e tornar exclusiva a execução de métodos e técnicas das duas categorias.

Na década de 70, a rede de ensino superior, especialmente a particular, expande-se e novos cursos de terapia ocupacional foram criados.

As terapeutas ocupacionais começam a se organizar enquanto categoria profissional.

*“As aspirações por reconhecimento e institucionalização da profissão levaram os terapeutas ocupacionais brasileiros a criar associações científicas em diversas regiões do país.” (MAGALHÃES, 1989, p.85)*

Em 1978, é instaurado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional — COFFITO, que juntamente com os Conselhos Regionais e Associações (ATOB) passou a discutir os eixos centrais do currículo mínimo.

De acordo com LOPES (1999), algumas das críticas que essas entidades faziam ao currículo implantado ainda em 1963 estavam relacionadas à:

- existência de um currículo único para os cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, o que dificultava a formação diferenciada das profissões e retardava a afirmação de suas identidades;
- constatação de que havia um descompasso entre o ensino proposto e a realidade da área da saúde e suas profissões;

- não exigência de matérias consideradas básicas para a formação tanto técnica como científica e a negligência de aspectos essenciais do conhecimento no campo humanístico;
- não inclusão da prática terapêutica supervisionada;
- não delimitação clara das normas gerais exigidas para o desenvolvimento do processo educacional, entre tantos outros aspectos, que acabavam por formar profissionais voltados somente para a ótica da reabilitação.

Estas foram algumas das críticas que deflagraram, naquele momento, um processo que culminou, em 1983, com a estruturação de um novo currículo mínimo.

Este novo currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional previa um total de 3240 horas, que deveriam ser integralizadas no mínimo de quatro anos. Além disso, deveria conter disciplinas distribuídas em quatro diferentes ciclos:

- ciclo I - matérias biológicas – 20%;
- ciclo II - matérias de formação geral – 20%;
- ciclo III - matérias pré- profissionalizantes - 40%;
- ciclo IV - matérias profissionalizantes – 20%.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULANTE

A estruturação dos currículos dos cursos de Terapia Ocupacional, bem como o processo de reformulação ocorridos foram detalhadamente estudados por LOPES (1999). Segundo essa autora, a primeira análise coletiva dos resultados do currículo implantado a partir de 1983 ocorreu em meados de 1986, num encontro de docentes em que estavam presentes representantes dos diferentes cursos de Terapia Ocupacional do Brasil. Naquela ocasião, apontou-se para o fato de que, na prática, a formação mais geral havia ficado em segundo plano e, num primeiro momento, reforçou-se o peso dado ao eixo técnico científico.

No V Encontro Nacional de Terapia Ocupacional, ocorrido em 1996, questões relativas ao currículo foram novamente o centro das discussões e reflexões. A partir das discussões sobre os currículos plenos de escolas que haviam passado ou estavam passando por reformulações curriculares, avaliou-se que, na maioria dos cursos de Terapia Ocupacional, o ensino da graduação vinha cumprindo os objetivos educacionais propostos no currículo implantado em 1983. Também naquela ocasião, apontou-se a necessidade de criação de cursos de pós-graduação *strito e lato-sensu*, como uma importante perspectiva para os problemas relativos à formação da terapeuta ocupacional. (LOPES, 1999)

### **2.3.3. A pós-formação da terapeuta ocupacional**

Nos últimos cinco anos, estudos científicos dirigidos ao entendimento da trajetória de formação das terapeutas ocupacionais vêm sendo desenvolvidos. EMMEL (1997) e EMMEL & LANCMAN (1998) descrevem que a expectativa de capacitação das terapeutas ocupacionais brasileiras, na década de setenta, estava restrita a cursos de especialização. Isto se deu em função de que a prática da terapeuta ocupacional estava voltada fundamentalmente para a clínica, exigindo das profissionais respostas imediatas às necessidades mais prementes do mercado de trabalho.

No final da década de setenta e início da década de oitenta, o contexto geral de formação das terapeutas ocupacionais começava a se transformar. Inúmeros foram os fatores que impulsionaram essa transformação, alguns diretamente relacionados a questões específicas da Terapia Ocupacional, tais como:

- ampliação das discussões sobre a prática profissional e o reconhecimento da profissão;
- intensificação do movimento de profissionais que objetivavam a reformulação do currículo implantado em 1963;
- criação de novos cursos de terapia ocupacional no Brasil, o que implicou o aumento do número de docentes terapeutas ocupacionais;

- ampliação do mercado de trabalho, que passou a abranger outras áreas e conseqüentemente possibilitou a inserção da terapeuta ocupacional em escolas, creches, etc.

Entre os fatores que podem ser destacados, relacionam-se as transformações que vinham ocorrendo na própria área da saúde e que refletiam diretamente na prática das terapeutas ocupacionais e as mudanças ocorridas no Brasil, a partir da década de oitenta, na política de pós-graduação, que acabaram por possibilitar a abertura de programas interdisciplinares.

Todos esses fatores impulsionaram e contribuíram para a inserção das terapeutas ocupacionais, especialmente as docentes, em programas de pós-graduação de áreas afins (Psicologia, Saúde Mental, Saúde Pública, Educação, Gerontologia), acelerando intensamente o processo de capacitação e formação dessas profissionais.

Em pesquisa sobre a situação das docentes terapeutas ocupacionais, EMMEL & LANCMAN (1998) constataram que existiam no Brasil, em 1996, duzentas e cinco docentes. Do universo atingido por sua pesquisa (cento e quarenta e cinco profissionais), havia noventa e nove profissionais com título de especialista, vinte e nove com mestrado e somente sete com doutorado. Esses dados foram comparados com estudos realizados em 1986 e constatou-se que, ao longo desses dez anos, houve aumento significativo no número de docentes especialistas, mestres e doutores.

Se, por um lado, essa trajetória possibilitou efetivamente a ampliação nas oportunidades de capacitação e formação da terapeuta ocupacional, por outro fica evidente a necessidade de refletir sobre as mudanças que este processo vem ocasionando no perfil e nos rumos da própria profissão. EMMEL & LANCMAN (1998)

Na análise de LANCMAN (1997), a inserção de terapeutas ocupacionais em programas de pós-graduação em áreas afins parece ter criado dificuldades para a constituição da profissão.

*“É no domínio de conhecimentos próprios que se constituem as profissões, que, por sua vez, não são homogêneas nem independentes entre si. Talvez esteja na hora de direcionar o foco, modificando o sentido do olhar e da reflexão, construindo a partir do conhecimento adquirido em áreas afins, teorias próprias, que tenham como eixo de reflexão nossos próprios instrumentos e metodologias, e que, (...) nos traga um sentido de identidade profissional.” (LANCMAN, 1997, p.130)*



### *3. TERAPIA OCUPACIONAL E OS GRUPOS*



### 3.1. A INFLUÊNCIA DE REFERENCIAIS TEÓRICOS DE OUTRAS ÁREAS DO CONHECIMENTO

Neste capítulo, tenho por objetivo descrever alguns dos referenciais teóricos psicodinâmicos que influenciam e contribuem para ampliar o entendimento de aspectos da clínica da Terapia Ocupacional voltada ao atendimento grupal. Além disso, procurarei descrever como os grupos vêm sendo abordados por diferentes terapeutas ocupacionais.

Quando, de modo mais detalhado, procurei dirigir minha atenção aos estudos relacionados à prática clínica da Terapia Ocupacional voltada ao entendimento de grupos, percebi a diversidade de concepções teóricas e abordagens que fundamentam a atuação desses profissionais.

Compartilho das idéias de MAXIMINO (1995) quando, ao se referir à prática clínica, ressalta que fazemos adaptações de teorias, emprestando e compartilhando ferramentas de disciplinas correlatas, para construir o conhecimento sobre os grupos em Terapia Ocupacional.

*“... podemos dizer que as principais adaptações que temos feito no campo dos grupos, na tentativa de entender seu funcionamento, são: 1- o uso de conhecimentos adquiridos a respeito do funcionamento de grupos verbais, nos grupos de atividades e 2- aplicação de descobertas feitas em grupos terapêuticos de neuróticos, aos grupos de psicóticos, deficientes físicos e mentais, e outros que procuram a nossa ajuda.”(MAXIMINO, 1995, p.28)*

Ao me referir às contribuições das disciplinas correlatas, no sentido de ampliar a compreensão dos grupos, poderia me aprofundar nas diferentes contribuições teóricas fornecidas pela antropologia, sociologia, filosofia, entre outras. Entretanto, nesta tese, objetivava deter-me particularmente em contribuições fornecidas pela psicologia e,

especialmente, em psicoterapias de grupo, a partir do referencial psicodinâmico.

### 3.1.1. As psicoterapias de grupo

Diferentes autores de referencial psicodinâmico como FOULKES & ANTHONY (1967), GRINBERG *et al.* (1976), BION (1975), D. ZIMMERMANN (1971), WINNICOTT (1975), contribuíram para a compreensão dos grupos terapêuticos.

De maneira geral, pode-se dizer que o homem é um ser gregário por natureza e desde o seu nascimento participa de diferentes grupos, buscando dialeticamente estabelecer uma identidade individual, mas também uma identidade grupal. De forma genérica e simplificada, pode-se dizer que um grupo é formado por um conjunto de pessoas em relação umas com as outras. Um conjunto de grupos constitui uma comunidade. O conjunto de comunidades que interagem constitui uma sociedade. (D. E. ZIMMERMAN, 1997)

Todo grupo humano se organiza. Essa organização se dá, qualquer que seja sua finalidade. Os grupos parecem funcionar conforme processos que lhe são comuns. Da noção lewiniana<sup>8</sup> da dinâmica de grupo, pressupõe-se que um grupo é um sistema de forças, onde se distinguem as forças de desenvolvimento, aquelas que impulsionam o grupo para sua finalidade e as forças de coesão, aquelas que motivam a permanência no grupo. (LAPASSADE, 1983)

BION (1975) defende a idéia de que o homem é um animal gregário e que fenômenos mentais grupais são inerentes à mente humana, podendo ser percebidos nesse espaço de convivência grupal. Observa que qualquer pessoa que tenha contato com a realidade está sempre fazendo, conscientemente ou inconscientemente, uma estimativa da

---

<sup>8</sup> Relativo aos conceitos formulados por Kurt Lewin acerca da análise geral e científica das características gerais da vida dos grupos, também denominado dinâmica de grupo. (LAPASSADE, 1983, p.66)

atitude do grupo para com ela própria. Esse fenômeno foi tomado como ponto de partida para sua investigação.

Existem diferentes formas de classificar os grupos, variando de acordo com o grau de parentesco, a finalidade a que se destina, etc. Desta forma, pode-se falar de grupo familiar, religioso, escolar, terapêutico e toda uma gama de grupos sociais.

O termo “grupo” pode designar conceituações dispersas. Procurarei ressaltar a acepção de grupo com finalidade terapêutica e de base analítica, que difere do grupo social.

De acordo com GRINBERG *et al.* (1976), a diferença essencial entre grupo social e grupo terapêutico relaciona-se aos objetivos de cada um e à presença do terapeuta. Num grupo terapêutico tem-se por objetivo o tratamento, que se efetiva a partir da presença do terapeuta, que pode oferecer aos integrantes do grupo a oportunidade de se conhecerem, mediante suas intervenções e interpretações.

*“O grupo terapêutico preenche os requisitos para ser assim denominado, uma vez que se constitui de uma série de pessoas que se reúnem de comum acordo, partilhando de normas tendentes à obtenção de um determinado fim: a cura. Além disto, cada integrante desempenha uma função, consciente ou inconsciente, que se encontra em estreita interdependência das demais.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, p.78)

Para D. E. ZIMERMAN (1997), qualquer grupo que se constitui forma um campo grupal dinâmico. Este campo grupal é composto por diversos fenômenos e elementos do psiquismo, sendo que todos os elementos se articulam entre si. A alteração em qualquer um dos elementos repercutirá sobre os demais, pois todos estão em constante operação.

Do ponto de vista histórico, a primeira experiência grupoterápica descrita na literatura especializada deu-se em 1905, quando Joseph H. Pratt criou, intuitivamente, o método de classes coletivas para tratar de pacientes tuberculosos.

PRATT (1907) colocava nas primeiras filas aqueles pacientes que evoluíam e acompanhavam melhor o tratamento. De modo intencional e deliberado, utilizava os sentimentos de rivalidade, inveja e competição que surgiam nos grupos, favorecendo a idealização do terapeuta. Os pacientes eram auxiliados por meio de uma atuação pelo grupo.

Este método estimulava a identificação do paciente com o médico.

*“Os métodos que seguem as diretivas de Pratt são genericamente denominados terapias exortivas que agem ‘pelo’ grupo. Dizemos que agem pelo grupo, uma vez que estimulam e se utilizam das emoções coletivas, sem se preocupar em compreendê-las. O grupo é empregado como meio ativo e econômico no sentido de influir sobre numerosas pessoas. Por isso, é geralmente empregado, não como terapia central, mas como meio auxiliar de reforço de determinado plano terapêutico.” (GRINBERG et al., 1976, p.31)*

Segundo KADIS *et al.* (1976), o método e a técnica introduzidas por Pratt consistiam no uso de palestras, aulas e instruções realizadas a pacientes com diferentes tipos de patologias, essencialmente as orgânicas. Este método foi amplamente empregado.

Outra orientação pode ser descrita como sendo constituída pelas terapias de estrutura fraternal. Essas também atuam no grupo, porém evitando a formação de líderes e enfatizando a homogeneização dos integrantes para atingir os objetivos terapêuticos.

No caso das terapias de estrutura fraternal, de acordo com GRINBERG *et al.* (1976), o que se objetiva é provocar e canalizar emoções coletivas em grupos solidários. O tipo de relação entre o grupo e o terapeuta é diferente e opõem-se ao empregado por Pratt. Desta maneira, estimula-se uma fraternidade entre os membros do grupo, minimizando as possíveis lideranças, ao invés de se idealizar o terapeuta.

As terapias exortivas que agem pelo grupo, assim como as de estrutura fraternal, chamaram a atenção para a importância da socialização do paciente, seja dentro da instituição ou ao que se refere à readaptação na sociedade. (GRINBERG *et al.*, 1976)

As psicoterapias de grupo podem assumir diversas modalidades, sendo descritas a partir da atuação num nível superficial ou profundo. No nível superficial, a ação seria identificada com as funções do ego. Dentre estas, podem ser citadas as diversas técnicas: educacional-orientadora, exortativa paternal, fraternal, sociológica e eclética. (PAIVA, 1991)

Outra concepção de terapia coletiva — o psicodrama — foi estruturada por Jacob Levi Moreno. Este psiquiatra introduziu na literatura o termo psicoterapia de grupo, que se transformou no nome genérico de todos os métodos de tratamento do grupo. Seus estudos se iniciaram em 1910, quando começou a trabalhar com grupos de crianças, posteriormente com grupos de prostitutas e em um campo de refugiados em Mittendorf (perto de Viena). Em 1921, fundou o teatro de improvisação, tomando consciência das possibilidades terapêuticas existentes na representação de situações psíquicas conflituosas. Sistematizou o psicodrama, adotando como princípio a espontaneidade criadora.

De modo geral, pode-se dizer que:

*“O método psicodramático utiliza-se, principalmente, de cinco instrumentos: o cenário (palco, lugar de ação dramática), o protagonista (a palavra grega para primeiro ator, o ator principal na tragédia grega - em psicodrama utiliza-se a palavra protagonista também para um sujeito desempenhando um papel ou para um paciente), o diretor terapêutico (resumidamente diretor, terapeuta, médico), a equipe de terapeutas auxiliares, os “egos-auxiliares” (a denominação usual em literatura americana é ‘auxiliary ego’) e o público.”* (MORENO, 1993, p.102)

No psicodrama, pode-se perceber alguns elementos da terapia pelo grupo de caráter fraternal. Entretanto, o método psicodramático é um instrumento mais sofisticado e

profundo, pois consiste na dramatização dos conflitos psicológicos do paciente, ao lado da catarse e da personificação lúdica. (GRINBERG *et al.*, 1976)

Na perspectiva de PAIVA (1991), tanto o psicodrama como a psicoterapia de grupo e a grupanálise seriam enquadradas a partir de uma ação profunda.

As bases das psicoterapias de grupo foram criadas entre os anos de 1925 e 1940. Depois de 1940, durante a Segunda Guerra, a psicoterapia de grupo expandiu-se largamente nos Estados Unidos da América.

Após a Segunda Guerra Mundial, percebe-se um incremento ainda maior das psicoterapias de grupo. Isso se deu em função do grande número de neuróticos de guerra e da necessidade de tratá-los.

No contexto das psicoterapias de grupo surge uma nova orientação. Esta foi denominada terapia interpretativa individual no grupo. Baseando-se na técnica psicanalítica, introduz a interpretação individual no grupo.

*“Este tipo de terapia considera o grupo como fenômeno central e o ponto de partida de toda a interpretação, ou seja, concebe o grupo como uma totalidade, considerando que a conduta de cada um dos seus membros é sempre influenciada por sua participação neste seio coletivo.”* (GRINBERG *et al.*, 1976, pg. 36)

Na Europa, após a Segunda Guerra Mundial, as práticas psicoterápicas grupais voltam a ser empregadas, depois de um período de cerceamento. Alguns psiquiatras se destacam como S. H. Foulkes, E. J. Anthony e W. R. Bion.

S. H. Foulkes muito contribuiu para o desenvolvimento da técnica interpretativa de grupo, definindo-a como grupanálise.

Para MELLO FILHO (1997), S. H. Foulkes é o pai da psicoterapia de grupo de orientação analítica, tendo fundado a primeira sociedade de grupo em Londres, em 1948, divulgando a técnica grupal.

Segundo OLIVEIRA JÚNIOR (2000), ainda na Europa destacam-se as contribuições para a grupanálise de E. L. Cortesão, psiquiatra português discípulo de Foulkes.

Na grupanálise, passa-se de uma visão que considera o grupo como um certo número de pessoas reunidas, para uma visão que valoriza sua unidade.

Neste tipo de orientação psicanalítica que visa ao grupo, o terapeuta interpreta o material individual como expressão de todo o grupo, entendendo o grupo como uma entidade dinâmica. Nesta abordagem, a situação transferencial no grupo é determinada pela interação de todos os componentes. Além disso, o terapeuta é o líder formal do grupo e suas intervenções constituem um fator fundamental na psicodinâmica de funcionamento do grupo. (D. ZIMMERMANN, 1971)

O papel do terapeuta, líder formal do grupo, pode ser descrito como essencialmente interpretativo.

Segundo GRINBERG *et al.* (1976), a interpretação seria o elemento terapêutico essencial. Cabe ao líder formal deduzir os significados do comportamento verbalizado ou não e, concomitantemente, selecionar os elementos importantes para integrá-los em um esquema de formulação compreensível.

Ainda segundo este autor, as interpretações devem basear-se em:

- trazer para a consciência aquilo que está latente no material manifesto;
- demonstrar as resistências que acabam se opondo à emergência do material reprimido;
- ressaltar os conteúdos emocionais das situações expressas.

Outro aspecto a ser ressaltado refere-se ao importante papel de figura transferencial que assume o líder formal.

LAPLANCHE & PONTALIS (1998) fazem referências ao sentido amplo que o termo transferência designa, salientando a idéia de transporte que implica o deslocamento de valores, de direitos, mais do que o deslocamento de materiais. Em psicanálise, a transferência designa

*“ ... o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com sentimento de atualidade acentuada.(...) A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este.” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1998, p.541)*

Na psicoterapia de grupo, a transferência pode ser entendida como um processo onde o indivíduo desloca, para outro do grupo, emoções e sentimentos que experimentou em outros momentos e em situações diferentes da atual.

Considerando a orientação de psicoterapia de grupo que vim descrevendo, devo salientar que num grupo que se constitui, nota-se o surgimento de fenômenos essencialmente grupais.

FOULKES & ANTHONY (1967) e GRINBERG *et al.* (1976) descrevem esses fenômenos como de socialização, espelho, condensador, cadeia, apoio, sub-agrupamento, bode-expiatório.

FOULKES & ANTHONY (1965) descrevem a “associação de grupo” como via de acesso ao inconsciente, comparando o processo de associação livre no indivíduo, na relação bi-pessoal de psicoterapia e no grupo. Enfatizam que em cada uma dessas situações o processo de associação livre é diferente. Destacam que na situação grupal há um encontro de mentes de pessoas estranhas, com condicionamentos individuais distintos, que se regem mutuamente. Portanto, as associações livres nos grupos devem ser consideradas como um terreno comum da compreensão instintiva inconsciente, estabelecida entre cada

um dos participantes. No grupo, a atenção do coordenador deve ser centrada no campo total de interação, na matriz em que essas interações acontecem.

Outro aspecto a ser ressaltado, segundo FOULKES & ANTHONY (1967), refere-se ao conceito de rede ou matriz do grupo. A matriz pode ser entendida como base operacional de todos os processos mentais no grupo, sendo definida em relação a seu significado, sua extensão no tempo e no espaço e sua intensidade.

Portanto, o conceito de matriz do grupo enfatiza a noção do grupo enquanto lugar onde se originam a rede de comunicação, os interrelacionamentos, o compartilhar de espaços e idéias. A matriz do grupo alimenta o grupo em seu trabalho e possibilita o desenvolvimento do processo analítico. É o espaço partilhado em conjunto que determina o sentido e a significação dos acontecimentos integrando todas as comunicações, interpretações verbais e não verbais. (PAIVA, 1991)

*“... os organismos dos membros do grupo encontram-se em estado de interação, num campo comum, assim como em interpenetração e comunicação. Expressam-se ora por intermédio de uma boca, ora por outra. Correntes ativas dentro do grupo podem vir a se manifestar ou amadurecer em determinada pessoa, entre pessoas ou, em certo sentido, ser personificadas nos indivíduos (...) A comunicação é tudo que ocorre nesta situação particular de grupo e que pode ser constatada, tudo aquilo que se envia e se recebe como reação, consciente ou inconscientemente. Essa comunicação envolve muitos níveis mentais ao mesmo tempo e dispõe de significado em todos eles. Em qualquer momento dado, o nível no qual a comunicação se encontra principalmente em atuação dependerá do transmissor e do receptor.” (FOULKES & ANTHONY, 1967, p.360)*

De acordo com NERI (1999), no modelo de rede postulado por Foulkes, cada um dos pontos nodais que estruturam a rede se equivale a uma pessoa do grupo, que se encontra ligada às demais pessoas e a própria rede por meio das interligações ou relações.

O entendimento desses fenômenos grupais postulados por Foulkes contribuíram de modo especial para o desenvolvimento das psicoterapias de base analítica.

Na América Latina a grupoterapia desenvolveu-se em países como Argentina, Brasil, Uruguai, Chile e México, tendo como referencial teórico a psicanálise e a escola inglesa. Na Argentina destaca-se o trabalho de Pichon-Rivière. (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000)

Dentre os autores que deixaram contribuições para a ampliação do entendimento de aspectos teóricos e práticos nas psicoterapias de grupos, destaque, a seguir, BION (1975), WINNICOTT (1990; 1993) e PICHON RIVIÈRE (1988; 1991).

### **3.1.2. Os grupos para BION**

Considerando os autores que focalizam o grupo como um todo, as contribuições de BION (1975) são muito significativas. Ele descreveu as tensões presentes em um grupo e enfatizou os aspectos resultantes dessas tensões.

BION (1975) procurou relacionar os conceitos que formulou sobre grupos com fenômenos emocionais descritos por Melanie Klein, especialmente as teorias relativas aos objetos parciais e mecanismos de defesa primitivos. Além disso, ressaltou o fato de que todo grupo funciona em dois planos. O primeiro plano é voltado à execução de tarefas, onde se estabelecem as operações da consciência. Já o segundo corresponde às fantasias do inconsciente. É um plano subjacente, que existe em estado latente. Ao fazer referências aos estados mentais (mentalidade) de grupo, ressaltou alguns aspectos da mentalidade grupal, os quais denominou suposições básicas.

*“A mentalidade de grupo é a expressão unânime da vontade do grupo, à qual o indivíduo contribui por maneiras de que não se dá conta, influenciando-o desagradavelmente sempre que ele pensa ou se comporta de um modo que varie de acordo com as suposições básicas. Assim, trata-se de uma maquinaria de*

*intercomunicação que é construída para garantir que a vida de grupo se acha de acordo com as suposições básicas.” (BION, 1975, p.57)*

De acordo com NERI (1999), assim como o indivíduo tem aspectos de regressão e evolução da personalidade, no grupo observam-se uma mentalidade regredida e uma mentalidade evoluída. Essas duas mentalidades não representam uma seqüência, são instâncias que se contrapõem e se colocam presentes contemporaneamente, gerando conflitos. Esses conflitos são fundamentais e causam as transformações.

Para BION (1975), são três as suposições básicas que sustentam e penetram a mentalidade primitiva: dependência, luta e fuga, e acasalamento.

Na suposição básica de dependência, há o domínio da idéia de depender totalmente de um chefe absoluto.

*“ ... a primeira suposição é a de que o grupo se reúne a fim de ser sustentado por um líder de quem depende para nutrição, tanto material quanto espiritual, e proteção.” (BION, 1975, p.134)*

A dependência é

*“ ... uma regressão à situação da primeira infância, onde o lactente está a cargo de seus pais, e onde a ação sobre a realidade é da conta deles, não da sua. A dependência responde a um sonho eterno dos grupos sonho de um chefe inteligente, bom e forte, que assume em seu lugar as responsabilidades.” (ANZIEU, 1993, p. 26)*

O grupo de dependência, ao exaltar uma pessoa, acaba por criar dificuldades para qualquer outra pessoa que queira ser ouvida sendo que, aos olhos do grupo e de si mesma, tal pessoa encontra-se numa posição de rivalidade com o líder. Como resultado as pessoas acham que só estão sendo tratadas quando se dirigem ao líder, estabelecendo-se, assim, uma relação de dependência entre os membros do grupo e o líder. O autor ressalta, ainda, que no tratamento de grupos é importante que as intervenções do líder do grupo

sejam baseadas em suas próprias reações emocionais. Tal importância se deve a aspectos relacionados à identificação projetiva<sup>9</sup>.

Já, na suposição de luta e fuga, parecem predominar as idéias de que o grupo se formou somente para se ocupar da sua própria conservação, que dependerá quase exclusivamente do comportamento de evitação ou ataque ao inimigo.

*“... a suposição básica é a de que o grupo reuniu-se para lutar com alguma coisa ou dela fugir (...) O líder aceito de um grupo nesse estado é aquele cujas experiências sobre o grupo são sentidas como concedendo oportunidades para a fuga ou para a agressão e se fizer exigências que não sejam essas, será ignorado.” (BION, 1975, p.140)*

Quando predomina a suposição básica de luta e fuga, as pessoas se reúnem em grupo com o objetivo de preservação do mesmo. Prevaecem os sentimentos de ira e ódio. Configuram-se duas forças opostas: o receio do grupo se constituir como tal e o perigo de morrer, ao se constituir.

Na suposição básica de acasalamento, a idéia que predomina centra-se em torno de uma dupla, criando ao redor dela a esperança. Desta forma, projeta-se o líder no futuro e este passa a ter um caráter messiânico.

*“... para que os sentimentos de esperança sejam sustentados, é essencial que o líder do grupo, diferentemente dos líderes do grupo de dependência e do grupo luta-fuga, seja futuro. Será uma pessoa ou uma idéia que salvará o grupo — na realidade, dos sentimentos de ódio, destrutividade ou desespero de seu próprio grupo ou de outro — mas afim de realizar isto, evidentemente, a esperança messiânica nunca deve ser alcançada.” (BION, 1975, p.139)*

---

<sup>9</sup> A identificação projetiva está ligada a processos do desenvolvimento referentes à posição esquizo-paranóide, onde predomina a ansiedade persecutória. O ego encontra-se pouco integrado, podendo cindir-se a si próprio. A cisão do ego é uma das defesas fundamentais contra a ansiedade persecutória. A idealização, a negação e o controle onipotente de objetos internos e externos são outras defesas que surgem nesta fase. Identificação por projeção implica numa combinação de excisão de partes do *self* e da projeção dessas em outra pessoa. Esses fenômenos influenciam as relações de objeto. (KLEIN, 1991)

Neste tipo de grupo as idéias de esperança e otimismo expressas são realizações que se destinam a efetuar um deslocamento no tempo. Os sentimentos são opostos aos de ódio e destrutividade. Para que os sentimentos de esperança sejam sustentados, o líder do grupo deverá ser uma idéia ou uma pessoa que salvará o grupo; porém, para que essa idéia se sustente, a esperança messiânica nunca deve ser alcançada. (BION, 1975)

Para ANZIEU (1993), as três suposições básicas não surgem ao mesmo tempo. Uma predomina e mascara as outras, que permanecem em potencial, constituindo-se de um sistema protomental.

Em contraposição aos grupos de suposições básicas, está o grupo de trabalho, inicialmente chamado de grupo refinado. Para BION (1975), da mesma forma que no grupo de suposição básica as emoções parecem ligadas umas as outras, no grupo de trabalho os fenômenos mentais acham-se ligados entre si. O grupo de trabalho é constantemente ameaçado pelas influências oriundas de outros fenômenos mentais. Este caracteriza-se por encontrar-se necessariamente interessado na realidade, suas técnicas tende a ser científicas; sendo assim, os participantes do grupo procuram manter-se fiéis às suas tarefas, possibilitando o estabelecimento de um clima de cooperação, permitindo que o grupo se desenvolva e que cada um de seus participantes cumpra a tarefa proposta.

### **3.1.3. As formulações de WINNICOTT**

Segundo MELLO FILHO (1989), as contribuições originais e profundas desenvolvidas por Winnicott a respeito do desenvolvimento humano, do relacionamento da criança com seus pais e do adoecimento psíquico, trouxeram inúmeros conhecimentos que auxiliaram na compreensão dos grupos humanos e conseqüentemente nos grupos psicoterapêuticos.

WINNICOTT (2000) manifestou interesse acentuado nos cuidados dispensados pela mãe ao bebê e na relação existente no par lactante-lactente, enfatizando serem estes as bases do desenvolvimento emocional humano.

Um dos aspectos associados aos cuidados maternos relaciona-se ao conceito de *holding*.

O *holding* pode ser definido como sendo o suprimento, ou a provisão ambiental total, não se limitando apenas ao segurar físico da mãe para com o bebê.

*“Protege da agressão fisiológica. Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo. Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais. Segue também as mudanças instantâneas do dia a dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico como psicológico.”*  
(WINNICOTT, 1990, p. 48)

Quando a mãe cuida e supre de maneira suficiente o bebê, em suas diferentes fases e necessidades, nota-se uma adequação no processo de desenvolvimento emocional e individual.

No início deste processo, o bebê é um conjunto não organizado de fenômenos sensório-motores, contido pelo ambiente externo e existindo somente aos olhos do observador. O mundo externo e interno não estão diferenciados. Segundo WINNICOTT (1993), depois que ocorre o processo de integração, o bebê começa a ter um *self*. No período anterior a essa integração, há uma região intermediária entre a criança e a mãe que pertence tanto à realidade interna – subjetiva, como à realidade externa – objetiva. Num estágio seguinte, a criança recém integrada participa de seu primeiro grupo.

*“O grupo é uma conquista do EU SOU, e é uma conquista perigosa. A proteção é muito necessária nos estágios iniciais; sem ela, o mundo externo repudiado volta-se*

*sobre o novo fenômeno e o ataca por todos os lados e de todos os modos possíveis e imagináveis.” ( WINNICOTT, 1993, p. 217-8)*

Ao relacionar o conceito de *holding* à situação terapêutica, WINNICOTT (1990) atribui ao analista a função do *holding*, podendo este ser considerado o principal atributo do *setting* analítico.

*“No tratamento das pessoas esquizóides, o analista precisa saber tudo que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio ao ego, ou holding. Esse holding, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre.”*  
(WINNICOTT, 1990, p.217)

Os conceitos ressaltados das formulações teóricas winnicottianas relacionam-se aos objetos e fenômenos transicionais e ao espaço potencial.

Os objetos transicionais podem ser entendidos como aqueles aos quais o bebê se liga para substituir, transitoriamente, a figura materna, da qual necessita se individualizar e se separar.

*“Introduzi os termos objetos transicionais e fenômenos transicionais para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação do objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta ... ”* (WINNICOTT, 1975, p. 14)

A partir dessas formulações de Winnicott, MELLO FILHO (1989) salienta que numa situação terapêutica, o analista precisa representar a realidade externa objetiva, mas ao mesmo tempo precisa se colocar no lugar de um objeto subjetivo, que está a serviço da realidade interna do paciente, deixando-se, desta forma, usar por ele.

*“ ... entre cada paciente e o terapeuta cria-se um campo, uma área de experimentação, um espaço potencial onde vai se desenvolver a interação-terapia. Este espaço intermedeia também a relação entre cada paciente e o outro, constituindo-se numa ampla zona de troca de experiências, de informações, onde dentre outras produções vai se desenvolver a criatividade e a cultura grupal. A possibilidade de existência dessa área, ao mesmo tempo de ilusão, ao mesmo tempo de realidade, é uma das grandes contribuições do grupo ao processo terapêutico. Trocas de informações, processos identificatórios, correções de experiências emocionais, tudo ai se dá.”*  
(MELLO FILHO, 1989, p. 76)

#### **3.1.4. O grupo operativo de PICHON-RIVIÈRE**

Psicanalista argentino, Enrique Pichon-Rivière buscou aprofundar o estudo dos fenômenos que surgem no campo dos grupos. Investigou intensamente a relação entre a enfermidade mental e o contexto familiar, além dos tipos de vínculos desenvolvidos e das situações de perdas e privações. Tais estudos levaram-no a desenvolver a noção de grupo interno que se manifestará no vínculo transferencial.

*“Nossa experiência assinala, como um fato cada vez mais convincente, que o homem não é compreensível por si mesmo [ ou em si mesmo], e que o estudo de seu contexto social, imediato ou mediato, torna possível não só sua melhor compreensão mas, também, oferece as bases para uma operação corretora de sua conduta social desajustada. Os pressupostos básicos ou o esquema conceitual, referencial operativo (ECRO) com o qual operamos na técnica por nós elaborada, e que foi denominada de grupos operativos [1947], são constituídos por uma observação sistemática que se realiza juntamente com a análise das operações da mente em sua inter-relação social e no seu contínuo intercâmbio com o mundo externo – observação e análise que se centram, ambas, na tarefa. Sobre o fundamento de uma psicopatologia grupal, propomos uma psicoterapia pelo grupo centrada na tarefa, juntamente com a análise sistemática das dificuldades na tarefa, seja essa tarefa de aprendizagem, de cura, de criação, etc. O grupo é o agente da cura, e o terapeuta reflete e devolve as imagens*

*dessa estrutura em continuo movimento, encarnando, além disso, as finalidades do grupo.*” (PICHON-RIVIÈRE, 1991, p. 83-4)

PICHON-RIVIÈRE (1988) elaborou, portanto, os fundamentos teóricos do que denominou de Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO). O Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO) deve ser entendido dinamicamente, pois permanentemente novos elementos vão sendo integrados, possibilitando sucessivos processos de retificação.

Um grupo pode ser definido como:

*“... o conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade.”* (PICHON-RIVIÈRE, 1991, p.177)

Da organização e planificação dos elementos que constituem o campo grupal, nasce a técnica operativa, que tem por objetivo dar instrumentos para ação grupal. (PICHON-RIVIÈRE, 1991)

Na técnica operativa, a tarefa grupal é o caminho para que o grupo atinja seus objetivos. Sendo assim,

*“O grupo operativo é um grupo centrado na tarefa, que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um de seus integrantes, o que seria uma psicanálise individual em grupo. Entretanto, também não está centrado exclusivamente no grupo, como nas concepções gestálticas, mas sim no aqui-agora-comigo na tarefa que se opera em duas dimensões, constituindo, de certa forma, uma síntese de todas as correntes. Consideramos o doente que enuncia um acontecimento como o porta-voz de si mesmo e das fantasias inconscientes do grupo. Neste aspecto reside a diferença entre a técnica operativa e as demais técnicas grupais, já que as interpretações são*

*feitas em dois tempos e em duas direções distintas.” (PICHON-RIVIÈRE, 1991, p.105)*

Para a Terapia Ocupacional, um grupo de atividades é aquele em que os participantes se reúnem, na presença de uma terapeuta ocupacional, para vivenciarem experiências associadas ao fazer, como, por exemplo, desenhar, passear, pintar, costurar, jogar. Nesse sentido, o fazer e o processo de realização de uma atividade, num grupo terapêutico ocupacional, estão associados e assemelham-se à concepção de tarefa proposta por Pichon Rivière.

Num grupo de atividades de Terapia Ocupacional, a tarefa manifesta é a própria execução da atividade, seja ela artística, profissionalizante, artesanal, etc., enquanto que a tarefa implícita, ou seja, o objetivo do grupo, é o tratamento e tudo o que este implica.(MAXIMINO, 1997)

Um grupo operativo é um instrumento adequado para abordar a doença. Quando este instrumento é utilizado com esta finalidade, tem-se por objetivo a cura do grupo. O processo terapêutico deve se constituir a partir da:

*“... diminuição dos medos básicos: medo de ataque ao ego [ansiedade paranóide], e medo da perda do objeto [ansiedade depressiva], que são cooperantes e coexistentes no tempo e no espaço. Estes medos paralisam a ação do ego, tornando-o impotente, e é por meio de técnicas operativas que se criam novas condições para os pacientes. Elas permitem fortalecer seus egos, tornando-os mais plásticos e flexíveis, obtendo assim uma adaptação ativa à realidade, sobre a base de uma interação dinâmica entre introjeções e projeções, que se transformam em operativas porque estão nos alicerces da compreensão e da ação sobre o doente.” (PICHON-RIVIÈRE, 1991, p. 102-3)*

### 3.2. OS GRUPOS EM TERAPIA OCUPACIONAL

A perspectiva de utilização de atividades com grupos vem sistematicamente sendo empregada em Terapia Ocupacional desde os anos 30. Nos Estados Unidos, o enfoque inicial dado aos trabalhos com grupos relacionava-se a objetivos voltados à socialização. Este enfoque foi dado até a década de cinquenta, quando os neurolépticos passaram a ser utilizados no tratamento de distúrbios psiquiátricos. De modo geral, a introdução dos neurolépticos no tratamento dos pacientes possibilitou maior controle dos sintomas. Este aspecto contribuiu positivamente para que, no âmbito da Terapia Ocupacional, os profissionais passassem a estabelecer metas terapêuticas que não se restringiam somente à socialização, buscando maior entendimento nos processos dos indivíduos e suas atividades. (HOWE & SCHWARTZBERG, 1986)

AZIMA & AZIMA (1979) e AZIMA & WITTKOWER (1965) descrevem o uso de atividades com pacientes esquizofrênicos internados em hospitais psiquiátricos. Utilizam, como referência, a teoria psicanalítica. Esta parece ser uma das primeiras abordagens onde se atribui uma função nova e diferenciada à atividade, à terapeuta ocupacional e ao fazer. Esses autores relatam suas experiências clínicas, onde propunham e ofereciam objetos que, supostamente, estariam relacionados às primeiras fases do desenvolvimento psicoafetivo. Partiam do pressuposto que os pacientes, ao se relacionarem com os objetos oferecidos, poderiam suprir necessidades básicas e superá-las. O grupo era entendido como uma situação terapêutica, pois provocava muitos sentimentos em seus integrantes, aumentando as possibilidades transferenciais.

Posteriormente, FIDLER & FIDLER (1963) dedicaram-se ao estudo da atividade enquanto forma de comunicação e expressão, da relação terapêutica e dos fenômenos grupais em Terapia Ocupacional, a partir de uma abordagem psicodinâmica. Descrevem o grupo como um recurso de significativo potencial terapêutico. Esses autores atribuem o papel de líder do grupo à terapeuta ocupacional, sendo esta a responsável pela atmosfera emocional do grupo. Cada resposta dada pela terapeuta ocupacional aos pacientes do grupo se reflete na atitude e na coesão do próprio grupo. O objetivo do grupo

está dirigido no sentido de fazer com que os pacientes aprendam a se relacionar com a situação grupal, pois a estrutura grupal possibilita o aparecimento de vários papéis.

GAIL FIDLER (1969) apresentou um estudo descrevendo a utilização dos *task-groups* (grupos orientados para tarefa). Estes grupos orientados para tarefa teriam como finalidade principal reforçar as funções egóicas e desenvolver esquemas adaptativos dos pacientes, facilitando sua reinserção na comunidade. As experiências vivenciadas pelos pacientes do grupo no *setting* terapêutico ocupacional proporcionam uma diversidade de situações (atividades da vida diária, de trabalho, etc.) que podem ser efetivamente exploradas e compartilhadas, não priorizando apenas o cumprimento da tarefa. Neste sentido, o papel da terapeuta ocupacional é o de facilitar o processo, criando condições para que o grupo possa se desenvolver.

Durante a década de sessenta, nos Estados Unidos da América, os programas comunitários de saúde mental que buscavam a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos influenciaram fortemente os tratamentos de grupo. Estes passaram a utilizar as atividades como meio de aprendizagem e a enfatizar as relações interpessoais, especialmente as relações estabelecidas entre pacientes e terapeutas. (FALK-KESSLER *et al.*, 1991)

MACDONALD *et al.* (1972) referem-se ao grupo como meio de encorajar o relacionamento e indicam diversos tipos de atividades. De modo geral, são prescritas atividades recreativas, sociais, físicas e relacionadas ao trabalho. Para que uma atividade seja indicada, a terapeuta ocupacional deve levar em consideração o tipo de grupo a que se destina. Assim, por exemplo, para um grupo de esquizofrênicos, são contra-indicadas atividades expressivas não dirigidas, como pintura, pois reforçam a fantasia.

MOSEY (1970) define o grupo como um agregado de pessoas que compartilham uma proposta comum, numa unidade dinâmica. A função da terapeuta ocupacional é promover o desenvolvimento de diversas facetas do *self* dos pacientes. Essa autora aborda a capacidade de integração grupal, a partir de uma visão que adota como

referencial o processo de desenvolvimento normal e seus aspectos funcionais. Classifica cinco tipos de grupo:

- grupo paralelo - aquele em que os pacientes realizam as atividades individualmente, não exigindo necessariamente interação entre os participantes; neste tipo de grupo, a terapeuta ocupacional é a líder, pois os pacientes não apresentam condições para desempenhar muitos papéis;
- grupo de projeto - aquele que tem como perspectiva a realização de uma atividade coletiva; a terapeuta ocupacional procura auxiliar na seleção da atividade assistindo individualmente cada um dos participantes do grupo;
- grupo egocêntrico – cooperativo – aquele em que os participantes selecionam e executam atividades mais demoradas; além disso, procuram satisfazer as necessidades emocionais a partir das interações. A terapeuta ocupacional funciona como suporte e orientadora da tarefa;
- grupo cooperativo – aquele em que os participantes são estimulados a expressar emoções e sentimentos e procuram gratificar suas necessidades emocionais com a realização da atividade; a terapeuta ocupacional expressa suas idéias e sentimentos, participando como conselheira;
- grupo maduro – aquele em que os participantes realizam as atividades de maneira adequada aos seus papéis e ao funcionamento do grupo, combinando produtividade e satisfação pessoal; a terapeuta ocupacional deve interagir como participante do grupo.

Durante as décadas de setenta e oitenta, notou-se nos Estados Unidos da América um desenvolvimento crescente dos programas assistenciais destinados ao tratamento de doentes mentais. Estes programas assistenciais priorizavam o atendimento a grupos comportamentais e a grupos orientados para tarefas que se caracterizavam por serem formas de tratamento mais econômicas, quando comparados aos tratamentos individuais tendo objetivos e tempo de duração definidos. (FALK-KESSLER *et al.*, 1991)

Em todas as áreas da Terapia Ocupacional, inúmeros artigos sobre grupos foram publicados nas décadas de 70 e 80. MAXIMINO (1997) trabalhou com esses artigos e textos, de forma a analisá-los detalhadamente, agrupando-os em três grandes temas:

- artigos que descrevem abordagens psicodinâmicas: nesse conjunto, o enfoque é dado à mobilização e expressão e na compreensão dinâmica do paciente;
- artigos que descrevem grupos apoiados nas teorias comportamental e desenvolvimentista: o enfoque é dado à reabilitação, à aquisição de habilidades e às atividades educacionais;
- artigos relacionados a pesquisas e trabalhos experimentais, mais voltados a uma metodologia quantitativa.

De fato, diferentes estudos foram desenvolvidos ao longo das décadas de setenta e oitenta, especialmente nos Estados Unidos da América e Inglaterra, conforme salientaram FALK-KESSLER *et al.*(1991) e MAXIMINO (1997). Nesta tese, optei por apresentar, em ordem cronológica, algumas das pesquisas que descrevem especialmente o trabalho de terapeutas ocupacionais com grupos de pacientes psiquiátricos.

SCHUMAN *et al.* (1973) descrevem a experiência de utilização de marionetes *puppetry* com grupos de pacientes psiquiátricos. Constataram que vivências em que os pacientes utilizaram-se das marionetes permitiram a expressão de emoções e sentimentos, possibilitaram a experimentação de diferentes formas de comportamento social e manejo da realidade. Enfatizaram que, neste tipo de vivência, o mais adequado seria a constituição de um grupo heterogêneo, constituído com pacientes que apresentem diagnóstico variado, além de uma equipe coordenadora estável e a utilização de diversos marionetes, que apresentem diferentes expressões e feições.

MAHLER & TSCHABRUN (1978) relatam o trabalho desenvolvido por terapeuta ocupacional com um grupo constituído por pacientes psiquiátricos de diferentes faixas etárias (idosos e adolescentes). As atividades eram programadas previamente e o

objetivo do grupo estava relacionado à possibilidade de aumentar as oportunidades de socialização, auto-confiança, expressão e comunicação. No processo de atendimento vivenciado pelo grupo, evidenciou-se gradativamente maior interação grupal.

DE CARLO & MANN (1985) desenvolveram pesquisa comparativa onde buscaram avaliar a eficácia de grupos verbais e grupos de atividades. Essas duas formas de grupos eram realizadas num hospital-dia psiquiátrico, com pacientes que apresentavam problemas na capacidade de comunicação interpessoal. Foram avaliados diferentes aspectos que se relacionavam à capacidade de se comunicar, tendo sido utilizada como escala a *Interpersonal Communication Inventory*. Os resultados apontaram que os grupos de atividades apresentaram pontuação mais elevada no que se refere aos aspectos relativos à auto-percepção e desenvolvimento das habilidades de comunicação interpessoal, após os atendimentos. No entanto, esses resultados, quando comparados aos grupos de controle — grupos que participaram somente das atividades diárias da instituição — não apresentaram diferenças.

SEXTON *et al.* (1990) descrevem um estudo comparativo entre dois grupos de pacientes não psicóticos. Neste estudo, procuram avaliar a utilização e o impacto da inserção de atividades diferentes em cada grupo. Os resultados não mostraram significativas diferenças no que se refere à evolução do grupo.

HARRIES (1992) descreve em seu estudo a utilização de atividades artísticas no tratamento de pacientes com anorexia nervosa. Ressalta que a arte, em sua essência, é um meio central de comunicação. O uso da atividade artística — *projective art* — é importante porque possibilita o diálogo entre o autor e aquilo que está sendo criado. Pensamentos e sentimentos são explorados e desenvolvidos nesse diálogo. Ao contrário do conceito largamente difundido de arte, no processo terapêutico o valor estético da pintura não é fundamental, e o paciente é desencorajado a ter expectativa nesse sentido. A terapeuta deve facilitar o esclarecimento dos sentimentos e estimular a discussão e participação do paciente e do grupo.

PIERGROSSI & GIBERTONI (1995), utilizando-se de referenciais psicanalíticos, procuram descrever o significado interno da ação – do fazer, descrevendo o atendimento de dois pacientes. Partem do entendimento de que as experiências em Terapia Ocupacional ocorrem numa área intermediária e as atividades (repletas de significados), formando uma espécie de elo entre o mundo real e o mundo interno do paciente. Desta forma, ao ocuparem o espaço intermediário junto com a terapeuta e o paciente, as atividades adquirem novos significados.

EKLUND (1996) relata a experiência do tratamento terapêutico ocupacional de três pacientes inseridos num grupo. Essa autora procura fazer avaliação das respostas e evolução individual desses pacientes. Ao final da análise, comenta que as diferentes alterações experimentadas por esses pacientes pareciam estar relacionadas com a maneira com que apreendiam a atmosfera do grupo e do serviço. O paciente que apresentou melhor evolução estava mais integrado ao ambiente.

LLOYD & MAAS (1997) comentam que terapeutas ocupacionais têm se utilizado de terapias de grupo como parte do tratamento global de pacientes psiquiátricos. Salientam as diferentes teorias e abordagens utilizadas como referência para esse tipo de trabalho, atribuindo grande parte do sucesso do trabalho em grupo às atitudes e embasamento teórico da terapeuta ocupacional, que tem a responsabilidade de propiciar um ambiente que favoreça a coesão do grupo.

### **3.2.1. Os grupos de Terapia Ocupacional no Brasil**

No Brasil, os primeiros trabalhos relativos à Terapia Ocupacional (utilização da ocupação como meio terapêutico), como os estudos de MATTOS (1922), apresentavam descrições de situações onde pacientes internos em instituições de assistência psiquiátrica, individualmente ou reunidos em grupos, desenvolviam atividades em oficinas de sapataria, costura, marcenaria, pintura e atividades agrícolas. Tais situações, descritas desde os primórdios da assistência psiquiátrica brasileira, quando se registrava a permanência de

pacientes convivendo num mesmo ambiente, ao mesmo tempo e, por vezes, desenvolvendo as mesmas atividades em oficinas ou no campo, não caracterizavam ainda a utilização dos grupos como mais um dos possíveis recursos terapêuticos.

Conforme descreveu o autor citado, a ênfase dada ao tratamento dos pacientes, naquelas situações, recaía fundamentalmente na ocupação terapêutica. Estar ou não reunidos em grupos eram aspectos não objetivados, devidos apenas às circunstâncias.

A idéia de reunir pacientes em grupos para o desenvolvimento de ocupações terapêuticas a partir de uma indicação começa a ser observada na década de sessenta. No trabalho de E. ARRUDA (1962), percebe-se uma preocupação mais intencional, de relacionar a ocupação terapêutica com a possibilidade de desenvolvê-la com um grupos de pacientes.

*“ ... com relação ao modo como é aplicada, na prática, a ocupação terapêutica, devemos ainda tecer algumas considerações sobre o modo individual e o coletivo(...) Há também as ocupações que exigem a formação de grupos (...) cada uma dessas formas de ocupação é escolhida levando em conta as peculiaridades de cada caso e os objetivos a serem colimados.” (E. ARRUDA, 1962, p. 51)*

E. ARRUDA (1962) faz referências às pesquisas apresentadas por Nise da Silveira, Sivadon, Zoila, e Lebraton, no segundo Congresso Internacional de Psiquiatria. Naquela ocasião, Zoila e Lebraton apresentaram os resultados de suas investigações com pacientes esquizofrênicos profundamente deteriorados submetidos à ocupação terapêutica em situações grupais que responderam positivamente a essa forma de intervenção.

No âmbito da Terapia Ocupacional brasileira é, portanto, somente a partir de meados da década de sessenta e início da década de setenta, que as atividades com grupos de pacientes, na área da psiquiatria, começam a ser empregadas enquanto recurso terapêutico.

No início dos anos setenta, CERQUEIRA (1984) definia as socioterapias como técnicas grupais e insistia na importância e na necessidade da formação de trabalhadores psiquiátricos de novo tipo, incluindo, numa vasta lista de profissionais, os grupo-terapeutas e as terapeutas ocupacionais.

*"Grupo-terapeutas – abrangeriam técnicos operando desde os chamados grupos dinâmicos, de sensibilização, de psicodrama, até os grupos analíticos, observados os limites referentes a grupos de trabalho, grupos operativos e grupos psicanalíticos.(...) Terapeutas Ocupacionais – o mesmo com os Terapeutas Ocupacionais, desde que a Terapia Ocupacional seja concebida, também pela cúpula, em nível de terapia e em nível de reabilitação, ao lado de outras técnicas grupais e individuais. Esta concepção implica num sentido evolutivo da terapêutica ocupacional indo, na microcomunidade hospitalar, da criação da ambientoterapia à estruturação da comunidade terapêutica, passando pelo grupo operativo." (CERQUEIRA, 1984, p.140-1)*

Nas décadas de oitenta e noventa, as práticas voltadas ao atendimento a grupos de pacientes na Terapia Ocupacional são cada vez mais utilizadas.

No Brasil, embora não tenham sido realizados estudos científicos que discriminassem e apresentassem dados numéricos referentes a extensão do uso de grupos nas diferentes áreas da Terapia Ocupacional, na área da saúde mental, algumas das diretrizes relacionadas às políticas de saúde e publicadas em textos oficiais, na década de oitenta, pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, privilegiavam e enfatizavam, entre outros aspectos, o uso das formas de atendimentos grupais. (MAXIMINO, 1995)

Tais diretrizes, que objetivavam um modelo de atenção extra-hospitalar, priorizando o trabalho em equipes multi-disciplinares e as formas de atendimento grupais, parecem ter contribuído de maneira significativa para a disseminação, ampliação e extensão do uso de grupos nas práticas assistenciais psiquiátricas e na Terapia Ocupacional.

Do ponto de vista da Terapia Ocupacional, nota-se, portanto, nessas últimas décadas, um número cada vez maior de terapeutas ocupacionais desenvolvendo grupos de atividades ou atividades com grupos, além de diversas modalidades de grupos terapêuticos com pacientes, nos diferentes serviços públicos de saúde mental.

Na área da Saúde Mental, alguns terapeutas ocupacionais brasileiros, especialmente dos Estados de Minas Gerais e São Paulo, como JORGE (1981, 1995), BENETTON (1991; 1995), FERRARI (1991) e MAXIMINO (1995) vêm procurando aprofundar o entendimento sobre grupos, a partir de uma abordagem psicodinâmica. Esses autores descrevem o grupo de atividades com pacientes como um espaço potencialmente terapêutico.

JORGE (1981), em seu livro “Chance para uma esquizofrênica”, procurou formular conceitos teóricos de Terapia Ocupacional. Esta tornou-se uma obra polêmica no meio das terapeutas ocupacionais. Posteriormente, ressaltou a importância dos grupos no tratamento de pacientes psiquiátricos, procurando analisar as mediações existentes nas relações grupais e no processo de aquisição do conhecimento. Partindo de conceitos sartreanos<sup>10</sup>, define o grupo como uma luta dialética contra a serialidade e a alienação do homem. Esta luta se estabelece no grupo em função de constituir-se ou dispersar-se.

BENETTON (1991) estabeleceu distinção bastante interessante sobre a existência de dois tipos de dinâmica, relacionadas diretamente ao uso de atividades em grupo. No primeiro, chamado de grupo de atividade, cada paciente faz sua atividade e mantém uma relação quase individual com o terapeuta; já no segundo, chamado de atividade grupal, os pacientes realizam uma única atividade em conjunto e a terapeuta ocupacional procura manter o grupo nessa relação de trabalho.

FERRARI (1991), em seu artigo “O nascer das palavras através do fazer”, resalta a importância dada aos grupos ditos não-verbais, incluindo os grupos de Terapia

---

<sup>10</sup> Relativos aos conceitos formulados por Jean Paul Sartre (1905-1979) sobre os grupos e a serialidade nos grupos.

Ocupacional, cujas atividades são utilizadas, enquanto mediadoras da relação terapeuta-paciente-grupo, com o objetivo de ampliar a expressão e a experimentação de outras formas de comunicação. Essa autora parte do pressuposto de que atividades como fotografia, desenho, pintura e corporais possuem forte carga e potenciais expressivos, e que, sendo utilizados num contexto terapêutico, possibilitam ao paciente ou ao grupo expressar conteúdos internos e experimentar outras formas de se relacionarem com o fazer.

*“A indicação de atividades é entendida por nós enquanto ação interpretativa, ou seja, uma intervenção com valor interpretativo, uma vez que valida que algo precisa ser expresso e que experimentar alguns dos aspectos desta expressão, viabilizada pelo vínculo, tem fins terapêuticos.”*(FERRARI, 1991, p.13)

Segundo MAXIMINO (1995), o grupo deve funcionar como recurso terapêutico, pois é entendido, fundamentalmente, como espaço potencial e como caixa de ressonância. Enquanto espaço potencial, o grupo de atividades deve propiciar um ambiente confiável para que o paciente arrisque, de maneira gradual, estabelecer relações e usar objetos, sendo estimulado à experimentação. Enquanto caixa de ressonância, o grupo pode funcionar ampliando as possibilidades de intervenção, pois as intervenções dirigidas a um paciente podem atingir o grupo como um todo.

## *PARTE II*

# *OBJETIVOS E MÉTODOS*



## *4. OBJETIVOS E MÉTODOS*



## **4.1. PRESSUPOSTOS CIENTÍFICOS**

Os pressupostos elaborados para o desenvolvimento deste estudo estão diretamente relacionados às considerações descritas na parte I (cap. 1, 2 e 3) e à delimitação do objeto de investigação.

O primeiro pressuposto é que a dinâmica de funcionamento que se estabelece em um grupo de atividades de Terapia Ocupacional é determinada pelos participantes desse grupo, incluindo a dinâmica que se estabelece entre esses pacientes e a relação destes com a atividade.

O segundo pressuposto é que o papel e as intervenções do líder formal, no caso a terapeuta ocupacional, são relevantes no encaminhamento do processo terapêutico e na dinâmica de funcionamento do grupo.

## **4.2. OBJETIVOS**

### **4.2.1. Objetivo geral**

Realizar um estudo teórico-clínico sobre o papel da terapeuta ocupacional no atendimento a grupo de atividades com pacientes assistidos na área de saúde mental.

#### **4.2.2. Objetivos específicos**

- registrar e analisar a trajetória de formação profissional, assim como os referenciais teórico-clínicos das terapeutas ocupacionais que atendem a grupos de atividades com pacientes em instituições públicas de saúde mental;
- descrever e analisar os tipos de intervenção da terapeuta ocupacional no atendimento a grupos de atividades, segundo o referencial psicodinâmico;
- discorrer e analisar o papel da terapeuta ocupacional enquanto coordenadora de grupos de atividades;
- descrever e analisar aspectos práticos da dinâmica de funcionamento de grupos de atividades, considerando a participação da terapeuta ocupacional como coordenadora e líder formal do grupo.

### **4.3. A QUESTÃO DO MÉTODO**

#### **4.3.1. O início de um percurso**

O desejo e o interesse de desenvolver um estudo que objetivava aprofundar o entendimento acerca de aspectos relativos à prática clínica da Terapia Ocupacional levaram-me a refletir sobre os caminhos a percorrer e as maneiras de fazê-los.

Ao considerar a estruturação desse trabalho, entendia que a reflexão e as indagações sobre os caminhos a seguir eram, sem dúvida, relevantes e que se relacionavam, de modo geral, ao entendimento mais amplo sobre as Ciências e seus métodos.

A busca por compreender melhor questões complexas pertinentes as Ciências e seus métodos, bem como os referenciais teóricos que fundamentavam e subsidiavam minha

atuação clínica, levaram-me a retomar os estudos de LADRIÈRE (1977), REZENDE (1987), ARRUDA (1991), CARVALHO (1992), MINAYO (1992) e ALVES (1993).

Numa primeira etapa, foi necessário revisar as possibilidades do saber científico, considerando as formulações da Filosofia da Ciência. Esta revisão de conceitos pareceu-me bastante oportuna, contribuindo para que me certificasse do eixo metodológico que havia estabelecido por ocasião da elaboração do projeto de pesquisa e, conseqüentemente, para dar prosseguimento a esta tese.

Do ponto de vista epistemológico, ao considerar as Ciências a partir de seus pressupostos, paradigmas e métodos, pode-se classificá-la em três grupos: as Ciências Formais, as Ciências Empírico-Formais ou Naturais e as Ciências Hermenêuticas ou Humanas. (REZENDE, 1987)

As Ciências Formais adotam como paradigma o modelo matemático. Suas construções teóricas se baseiam na coerência e na lógica formal. A utilização de uma linguagem matemática no interior dessas Ciências não permite ambigüidades, sendo, portanto, exata e racional. Seu critério de verdade está na coerência interna e independe do pesquisador.

*“A matemática é um artifício intelectual que permite aos homens explorar possibilidades de manipulação dos objetos.(...) É assim que a ciência se vale da matemática para indicar as operações que o intelecto pode realizar sobre a realidade.” (ALVES,1993, p.60)*

Já nas Ciências Empírico-Formais ou Naturais, os fundamentos se apoiam na experimentação e nos recursos fornecidos pela lógica matemática. Suas construções teóricas e suas verdades se baseiam na coerência e na correspondência com o real, sendo que seu critério de cientificidade é a própria realidade. As Ciências Empírico-Formais são ciências experimentais. Suas experiências buscam descobrir as “leis” que regem a “natureza” e, portanto, a questão da verdade é a coerência e a correspondência ao real.

*“Para as ciências formais, a verdade é coerência. Para as empírico – formais, além da coerência, é preciso que haja correspondência ao real. Esta é a grande e nova exigência do empirismo científico e mesmo do empirismo lógico.” (REZENDE, 1987, p.22)*

No terceiro e último grupo, o das Ciências Hermenêuticas ou Humanas, os conhecimentos são construídos numa relação dialética, considerando-se que o objeto e o sujeito do conhecimento coincidem. Assim as Ciências Hermenêuticas têm como objeto de estudo o próprio homem e as relações que este estabelece consigo, com os outros e com as coisas do mundo.

*“Nas ciências humanas, como no balé, é impossível prever o próximo passo. Mas, uma vez dado, a gente percebe que ele se integra perfeitamente no estilo da música (...) De fato, quem se move em meio às coisas humanas está proibido de ter as certezas.” (ALVES, 1993, p.100).*

No âmbito das Ciências Humanas, a verdade aparece como “consenso simbólico”, pois a natureza dos fenômenos humanos é da ordem do simbólico, diferentemente dos fenômenos estudados anteriormente nos outros dois grupos. Para as Ciências Humanas, o objeto do conhecimento é a busca da compreensão subjetiva da experiência humana.

*“Tudo que é humano, é ao mesmo tempo psíquico, sociológico e econômico, histórico, demográfico.” (MORIN et al., 1989, p.35).*

Das Ciências Formais para as Empírico–Formais, há um corte epistemológico que, do ponto de vista da linguagem filosófica, reflete na passagem dos seres da razão para os da natureza. Da mesma forma, outro corte epistemológico é introduzido na passagem das ciências Empírico–Formais para as Ciências Humanas, refletindo na passagem dos seres da natureza para os seres da cultura. (REZENDE, 1999)

A partir dos conceitos descritos, percebi uma aproximação significativa do objeto a ser investigado neste estudo: uma prática em saúde – a Terapia Ocupacional, no contexto de atendimento a grupos de atividades, com os paradigmas das ciências humanas.

De fato, pude entender que para atingir os objetivos estabelecidos neste estudo, os caminhos, que deveria percorrer, não condiziam com os pertinentes às Ciências Formais, nem Empírico-Formais e, sim, com os das Ciências Humanas.

A perspectiva de procurar compreender de modo mais aprofundado, como as terapeutas ocupacionais coordenam os grupos de atividades que atendem, nos serviços públicos de saúde mental, levou-me a buscar suas próprias experiências e, conseqüentemente, seus relatos e suas vivências.

No processo de elaboração deste estudo, compreendi que nem sempre existe em ciência um caminho único, mesmo que alguns métodos possam parecer mais estabelecidos e melhor comprovados. Considerá-los modelos universais seria em certo sentido um equívoco.

Os métodos e os conceitos que constituem determinado referencial científico não devem ser estendidos à análise de todas as experiências. Cada umas das metodologias tem as suas especificidades. Além disso, o que justifica em ciências a escolha de determinado método é a sua fecundidade, definida como a capacidade de compreender a realidade que se investiga. (LADRIÈRE, 1977)

Numa segunda etapa, considerando a perspectiva de delimitação do caminho a ser seguido, passei a aprofundar o entendimento sobre os instrumentos e procedimentos de investigação na pesquisa do tipo qualitativa. Percebi a possibilidade de compor um estudo onde se entrelaçavam paradigmas e procedimentos pertinentes à investigação das ciências sociais. Certificava-me da viabilidade do desenvolvimento de uma pesquisa a partir de uma abordagem qualitativa e com utilização de entrevistas. Este instrumento facilitaria a coleta de informações.

A abordagem qualitativa pode ser caracterizada considerando-se três aspectos. O primeiro, de caráter epistemológico, está relacionado à visão de mundo implícita na pesquisa, pressupondo que o pesquisador busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. Um segundo aspecto, está relacionado às características dos dados que se pretende coletar, geralmente descritivos. O terceiro, está relacionado ao próprio método de análise da pesquisa, que busca o significado e não as evidências.

De acordo com PÁDUA (1996), o desenvolvimento das investigações nas ciências humanas, ou nas chamadas pesquisas qualitativas, buscou consolidar procedimentos que superassem os limites das análises quantitativas. Entretanto, sua cientificidade tem sido freqüentemente questionada em função do caráter subjetivo, aparentemente incompatível com a objetividade da ciência positivista.

Ao estudar todas estas questões relativas à subjetividade e aos instrumentos de investigação utilizados nas pesquisas do tipo qualitativo, MINAYO (1992) ressalta que é a adequação do instrumental teórico e técnico, assim como sua utilização rigorosa e criteriosa, que possibilitam sua objetivação.

*“Cremos que a polêmica quantitativo versus qualitativo, objetivo versus subjetivo não pode ser assumida simplistamente como uma opção pessoal do cientista ao abordar a realidade. A questão, ao nosso ver, aponta para o problema fundamental que é o próprio caráter específico do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade. Esse objeto que é sujeito se recusa peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência. Desta forma coloca ao estudioso o dilema de contentar-se com a problematização do produto humano objetivado ou de ir em busca, também dos significados da ação humana que se constrói a história. É um desafio na busca de caminhos.” (MINAYO, 1992, p.36)*

Ressalta-se que, na natureza dos fenômenos humanos, está envolvida uma complexidade de aspectos e interrelações, pois são fenômenos polissêmicos e da ordem do simbólico, portanto:

*“A pesquisa sobre os fenômenos humanos envolve um grande número de variáveis, não podendo ser orientada pelos princípios de regularidade, veracidade, generalidade, causalidade e objetividade característicos das ciências empírico – formais. A experiência de verdade em ciências humanas é extremamente complexa, não podendo se restringir ao que pode ser observado, objetivado e quantificado. Negar essa complexidade é negar a qualidade essencial do objeto humano. A subjetividade pode e deve ser considerada parte integrante da singularidade do fenômeno humano e social.” (CELERI, 1997, p.32)*

#### **4.4. SOBRE OS PROCEDIMENTOS E OS INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO**

##### **4.4.1. A entrevista: aspectos gerais**

Segundo L'ABBATE (1990), a perspectiva de utilização dos relatos orais foi por algum tempo esquecida, sobretudo por sociólogos, devido aos avanços dos métodos estatísticos nas décadas de quarenta e cinquenta. Porém, na década de setenta, notou-se no Brasil, na América Latina e na Europa, o ressurgimento do uso dos relatos orais, em diversos tipos de pesquisa. Para essa autora, a utilização de relatos orais (história de vida, entrevistas não diretivas, depoimentos pessoais), quando comparada a outras técnicas, como questionários, entrevistas diretivas e estruturadas, entre outras, comuns nas pesquisas do tipo quantitativo.

Os relatos orais — como história de vida, entrevista não diretiva, depoimento pessoal — são instrumentos técnicos de investigação científica pertinentes aos métodos de pesquisa qualitativa que possibilitam abordar com propriedade a realidade. A utilização de métodos qualitativos, bem como de seus instrumentos, suscita ainda inúmeras discussões. Tais discussões, complexas e polêmicas, relacionam-se, na maioria das vezes, a aspectos relativos ao caráter objetivo versus subjetivo da própria investigação científica.

O referencial teórico relativo e a utilização de todos os tipos de entrevistas e de diferentes procedimentos técnicos vêm sendo descritos de modo detalhado nos trabalhos de BRIOSCHI & TRIGO (1987), MINAYO (1992), HAGUETTE (1995).

Para HAGUETTE (1995), uma entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas, no qual uma delas tem por finalidade obter informações da outra.

L'ABBATE (1990) ressalta que as condições relativas a essa interação social entrevistado-entrevistador podem possibilitar que os dados obtidos no decorrer da entrevista se transformem em dados de conhecimento. Para que isso aconteça, o entrevistado deve estar de acordo com a situação de realização da entrevista. Por sua vez, o entrevistador ou pesquisador deve estar disponível para ouvir não só o que espera, mas também o inesperado.

De maneira geral, pode-se dizer que a situação de entrevista é uma relação social determinada pelas circunstâncias que a envolvem.

BLEGER (1980) contribuiu para ampliar o entendimento sobre a situação de entrevista. Embora tenha dirigido seus estudos no sentido da entrevista psicológica, muitas de suas formulações podem ser utilizadas em todo tipo de entrevista. Para esse autor, a entrevista é tida como o instrumento fundamental do método clínico.

*“Parece fundamental que o pesquisador esteja consciente de que a cada momento do processo de investigação sua subjetividade está presente. Portanto, por mais que procure captar dados ‘reais’ e ‘objetivos’ o resultado é uma interpretação, uma versão dos fatos que poderá ser confrontada com outras. Assim, os esforços não devem ser mobilizados no sentido de anular as ‘interferências’ da subjetividade mas sim de conhecer e saber lidar com elas. No limite, seria possível dizer que o compromisso com o conhecimento objetivo não implica necessariamente a anulação das crenças e das emoções do pesquisador.”* (BRIOSCHI & TRIGO, 1987, p. 633)

Neste trabalho, utilizarei aspectos do modelo de entrevista proposto por BLEGER (1980). A partir dessa abordagem, a entrevista é entendida como uma relação

interpessoal, com características especiais onde um dos integrantes é o técnico e deve atuar neste papel e o outro necessita de intervenção técnica. Particularizando para este caso em específico, não se trata da necessidade de uma intervenção técnica (consulta, diagnóstico, anamnese, etc.), mas sim de um trabalho de pesquisa realizado por uma terapeuta ocupacional. A relação entrevistador-entrevistado delimita e determina o campo da entrevista, que se configura por variáveis da personalidade do entrevistado.

As entrevistas podem ser classificadas fundamentalmente em:

- estruturadas ou fechadas;
- não estruturadas, abertas ou não diretivas;
- semi-estruturadas.

Na entrevista estruturada, as perguntas já estão previstas, assim como a maneira e a ordem de formulá-las. Na entrevista não estruturada, ao contrário, o entrevistador tem ampla liberdade para intervir. Já a entrevista semi-estruturada, objetiva a descrição do caso individual, a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos e a comparabilidade de diversos casos. Pode ainda, ser definida como:

*“Aquele que parte de certos questionamentos básicos, apoiadas em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.”*  
(TRIVIÑOS, 1987, p.147)

Considerando-se as características do objeto a ser investigado e os objetivos desse estudo, optei por adotar como instrumento de investigação, a entrevista do tipo semi-estruturada, pois algumas questões específicas deveriam ser abordadas.

Um roteiro foi organizado no sentido de orientar as possíveis intervenções da entrevistadora-pesquisadora.

*“Assim, o modo pelo qual o pesquisador pode intervir, produtivamente não tem norma fixa e não se repete de uma a outra entrevista. Não possuindo princípios que de antemão definem o momento e a direção da intervenção, a entrevista conduz sempre a uma atualização do roteiro, fundada na avaliação subjetiva das potencialidades do diálogo. (...) O roteiro, em particular, assume o papel de guia de narrativa e é utilizado para orientar o pesquisador na colocação de temas estimulantes do relato, constituindo apoio ao trabalho de reflexão ou memória auxiliar.” (SCHRAIBER, 1995, p. 68)*

O roteiro nesse tipo de entrevista possui características diferentes do questionário tradicional com perguntas fechadas, devendo conter poucas questões e em particular deve assumir o papel de guia da entrevista.

No roteiro elaborado para esse estudo, constaram os seguintes temas, a partir dos quais se formularam as perguntas:

- formação profissional da terapeuta ocupacional;
- referencial teórico, modelos e ou abordagens que fundamentam a prática clínica da profissional terapeuta ocupacional, no que concerne ao atendimento a grupos de pacientes;
- referencial teórico sobre dinâmica de funcionamento de grupos de atividades em Terapia Ocupacional;
- aspectos relativos à prática clínica e à experiência clínica das terapeutas ocupacionais entrevistadas, ou seja, como atendiam os grupos que coordenavam;
- o papel do líder formal — coordenador do grupo, bem como o papel do observador;

- conceitos referentes à doença mental, em especial como a terapeuta ocupacional compreende o paciente psicótico<sup>11</sup>.

Além disso, o roteiro deve funcionar como um:

*“ ... instrumento para orientar uma conversa com finalidade (...), o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação ”.* (MINAYO, 1992, p.99)

#### **4.4.2. Os sujeitos desta investigação**

Segundo MINAYO (1992), numa pesquisa qualitativa, a preocupação está mais direcionada para o aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto de estudo do que com a generalização. Sendo assim, alguns critérios podem ser adotados, tais como:

*(a) definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para observação; (b) não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa; (c) embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria; (d) prever uma triangulação. Isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de abordagem. (...) Como consequência, a amostragem qualitativa, (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.”* (MINAYO, 1992, p.102)

---

<sup>11</sup> Os dados relativos à compreensão que a terapeuta ocupacional tem sobre o paciente psicótico não foram objeto de reflexão e análise neste estudo.

Adotando como referência as formulações de MINAYO (1992), selecionei os sujeitos da investigação considerando aspectos como: tempo de experiência clínica, características do serviço de saúde mental ao qual estavam vinculados e a disponibilidade em participar dessa pesquisa.

Entendia que as terapeutas ocupacionais a serem entrevistadas deveriam ter uma prática clínica voltada ao atendimento a grupos de atividades de pelo menos dois anos. Uma profissional com um tempo de experiência inferior ao estipulado talvez não me permitisse entrar em contato com as questões que desejava aprofundar. O exercício da clínica é uma construção que se dá ao longo de um processo, necessitando de um tempo para sedimentar as vivências e refletir sobre elas.

Procurei privilegiar as terapeutas ocupacionais que atuavam em instituições públicas de saúde mental apenas do Estado de São Paulo e que eram reconhecidas por diferentes profissionais da área em questão, ou que atuassem em serviços que mantinham propostas de elaboração de projetos assistenciais inovadores.

Para selecionar as entrevistadas de forma a priorizar as características estipuladas, consultei diferentes terapeutas ocupacionais, com longo período de experiência na área e terapeutas ocupacionais envolvidas com o contexto da pesquisa científica, geralmente docentes de diferentes universidades dos cursos de Terapia Ocupacional.

*“O processo de investigação prevê idas ao campo antes do trabalho mais intensivo, o que permite o fluir da rede de relações e possíveis correções já iniciais dos instrumentos de coleta de dados.” (MINAYO, 1992, p.104)*

A consulta a essas profissionais foi realizada de maneira formal e informal, em situações que caracterizaram um encontro agendado para tratar sobre o tema proposto (seleção dos sujeitos da investigação), supervisões, conversas informais em Congressos e Eventos Científicos da categoria profissional.

O fruto desse trabalho de consulta, que supôs contato sistemático com terapeutas ocupacionais, resultou na indicação e elaboração de uma lista das possíveis profissionais a serem entrevistadas, bem como os respectivos serviços públicos de saúde mental.

Outro aspecto também importante relacionou-se à definição do número de entrevistados.

Entendia que, na modalidade de pesquisa qualitativa, como formulou MINAYO (1992), o critério de representatividade não é numérico. No entanto, uma questão merecia a atenção: uma vez iniciado o processo de coleta de dados com a realização das entrevistas, como definir o número de entrevistadas. Quantas entrevistas seriam necessárias para a coleta de dados?

Foi assim que procedi, não me preocupando em estabelecer e nem delimitar previamente o número de entrevistadas.

Os conceitos de saturação e “bola de neve”, depreendidos dos estudos de L’ABBATE (1990), auxiliaram no sentido de delimitar o número de entrevistadas para o desenvolvimento deste estudo. Essa autora descreve que o processo de saturação não opera no plano observável, mas no plano da representação que o próprio pesquisador vai construindo no decorrer de investigação. Quando se percebe que determinado aspecto está coberto por um ou mais entrevistados, pode-se considerar que os dados coletados são satisfatórios

Desta maneira, a definição do número de entrevistadas só foi possível à medida que efetivava a pesquisa de campo e entrava em contato com os relatos das terapeutas ocupacionais em questão.

Considerando todos os aspectos descritos, foi necessária a realização de quinze entrevistas, para que pudesse depreender o contexto que objetivava investigar. Essas entrevistas foram realizadas com terapeutas ocupacionais que atuavam em diferentes serviços públicos de saúde mental, conforme relacionado:

- Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - Hospital Dia Campinas - SP
- Centro de Saúde - Vila Rica Campinas - SP
- Hospital e Maternidade Celso Pierro - Enfermaria Psiquiátrica Campinas - SP
- Hospital das Clínicas da UNICAMP - Enfermaria Psiquiátrica Campinas - SP
- Hospital das Clínicas da UNESP - Enfermaria Psiquiátrica Botucatu - SP
- Hospital das Clínicas da UNESP - Ambulatório de psiquiatria Botucatu - SP
- Escola Paulista de Medicina - EPM Enfermaria Psiquiátrica São Paulo - SP
- Escola Paulista de Medicina - EPM Ambulatório – PROAD São Paulo - SP
- Hospital das Clínicas de Rib. Preto - USP Enferm. psiquiátrica Ribeirão Preto - SP
- Hospital Dia Ribeirão Preto-USP Ribeirão Preto - SP
- Centro de Atenção Psicossocial – Aeroporto Campinas - SP
- Centro de Atenção Psicossocial – Dr. Luis Cerqueira Campinas - SP

É necessário ressaltar que, além das profissionais relacionadas, outras profissionais e instituições foram citadas no trabalho de consulta prévia. Entretanto, por ter adotado os conceitos de “saturação” e “bola de neve”, não houve necessidade de entrevistar todas as profissionais indicadas no trabalho de consulta prévia.

Além disso, devo salientar que o número de terapeutas ocupacionais contratadas nos serviços não corresponde ao número de terapeutas ocupacionais entrevistadas. Este fato se deu em função de que nem todas as terapeutas ocupacionais contratadas nos serviços citados enquadravam-se nos critérios de seleção delimitados para esse estudo.

#### **4.4.3. O primeiro contato: marcando o encontro**

A organização do trabalho de campo iniciou-se com o agendamento gradual das entrevistas. Aparentemente, trata-se de um procedimento de fácil realização, porém no decorrer do processo foi possível perceber a necessidade de revisão do cronograma e a ampliação do período previsto para realização desta etapa.

Optei por agendar as primeiras entrevistas com as terapeutas ocupacionais que atuavam próximos à minha localidade de trabalho, para posteriormente dirigir-me aos locais mais distantes.

As primeiras entrevistas iniciaram-se com as terapeutas ocupacionais que atuavam no município de Campinas, passando, em seguida, às pertencentes aos municípios de São Paulo, Botucatu e Ribeirão Preto.

O contato estabelecido para agendar as entrevistas se deu na maioria dos casos, por telefone; apenas com quatro entrevistadas o contato estabelecido ocorreu pessoalmente.

Já no contato inicial, procurei esclarecer à possível entrevistada o objeto e o recorte temático escolhidos para elaboração desta pesquisa, assim como os objetivos do trabalho, a maneira como se pretendia organizá-lo, as possibilidades de horário e locais para realização da entrevista e o tempo previsto. Todos esses aspectos constituíram um contrato de trabalho.

A necessidade de esclarecimento desse contrato de trabalho fundamentou-se em formulações de BLEGER (1980), relativas ao campo e ao enquadramento particular necessários para a realização de uma entrevista.

*“Para se obter o campo particular de entrevista que descrevi, devemos contar com um enquadramento rígido, que consiste em transformar um conjunto de variáveis constantes. Dentro desse enquadramento, incluem-se não apenas a atitude técnica e o papel do entrevistador tal como assinalai, como também os objetivos, o lugar e o tempo da entrevista. O enquadramento funciona como padronização da situação estímulo que oferecemos ao entrevistador, e com isso pretendemos não que deixe de atuar como estímulo para ele, mas sim, que deixe de oscilar como variável para o entrevistador.” (BLEGER, 1980, p.15)*

No caso desta pesquisa, das quinze terapeutas ocupacionais contatadas para participarem, nenhuma recusou-se a colaborar. Ocorreram dificuldades no que se refere à disponibilidade de compatibilizar o horário e o local mais adequados com as entrevistadas.

Desta forma, algumas entrevistas foram agendadas mais que duas vezes, sendo que, nestes casos, as entrevistadas entraram em contato comigo, solicitando que uma nova data fosse agendada.

As razões descritas para solicitação de novo agendamento, referiam-se a problemas relativos ao trabalho, como reuniões de urgência, férias remarcadas e também problemas de ordem pessoal.

Estas situações acabaram colaborando para que se ampliasse o tempo previsto para realização dessa etapa. Sendo assim, o trabalho de campo efetivou-se ao longo de aproximadamente um ano, compreendendo o período de dezembro de 1998 a janeiro de 2000.

Nos contatos que se estabeleceram durante o processo de agendamento, procurei manter uma relação de aproximação, buscando compreender as solicitações das entrevistadas, quanto às alterações de data e horário, pois entendia que a construção dessa relação entrevistadora-entrevistada era de fundamental importância para a própria investigação.

Das quinze entrevistadas, quatorze já eram profissionais conhecidas por mim. Este não foi um aspecto que interferisse nos procedimentos técnicos e no controle da investigação, nem tampouco foi um critério para a seleção das entrevistadas. Em L'ABBATE (1990) e SCHRAIBER(1995), encontrei referências da ocorrência desta situação, onde o pesquisador conhecia previamente o sujeito da investigação.

*“ ... o conhecimento prévio dos sujeitos a serem entrevistados, não configuram nesta técnica fator inconveniente. Muito pelo contrário, constituem norma favorável, porque a técnica se fundamenta exatamente na autenticidade e veracidade discursiva do entrevistado, cujo o depoimento o pesquisador quer compreender e não contestar ou, mesmo, testar. ” (SCHRAIBER, 1995, p.68)*

Em se tratando de profissionais terapeutas ocupacionais, o fato de muitas se conhecerem é bastante freqüente, especialmente as que atuam na mesma área. Além disso,

ressalta-se que o número dessas profissionais é ainda reduzido e os encontros acabam acontecendo geralmente em situações relativas a eventos científicos.

#### **4.4.4. Os encontros: o contexto das entrevistas**

As entrevistas foram realizadas individualmente, sendo que cada entrevistada realizei somente uma entrevista.

A maior parte das entrevistas foi efetuada em horários e locais de preferência das entrevistadas, no caso, os serviços em que atuavam. Somente duas das entrevistadas optaram por realizar a entrevista em local distinto do seu serviço. Justificaram suas escolhas em função da falta de espaço disponível nos próprios locais de trabalho.

Como descrevi anteriormente, um roteiro foi utilizado no sentido de facilitar a comunicação.

Antes de iniciar propriamente a entrevista, preocupe-me em retomar os aspectos do contrato de trabalho apontados e estabelecidos por ocasião dos agendamentos e que eram entendidos como estruturadores da própria situação da entrevista. Pretendia, desse modo, garantir que a entrevista não fosse realizada a partir de um contexto informal.

O tempo de duração das entrevistas foi variado, sendo que, em média, durava uma hora, uma hora e meia. Apenas duas entrevistas se estenderam por mais de duas horas, não chegando a ultrapassar três horas.

TRIVIÑOS (1987) salienta que a duração de uma entrevista é flexível e depende das circunstâncias que cercam principalmente o entrevistado e o teor do assunto. Entretanto, ressalta que, em sua experiência, uma entrevista não deve se prolongar muito além dos trinta minutos, pois pode tornar-se repetitiva e empobrecida.

Neste trabalho, embora as entrevistas tenham se prolongado além dos trinta minutos, não notei o empobrecimento dos relatos. As entrevistadas puderam falar de sua

formação e vivências enquanto coordenadoras de grupos de atividades o tempo que desejavam.

Procurei adotar uma postura que priorizasse a disponibilidade de horários das entrevistadas. Procurei, ainda, dar importância e valorizar a espontaneidade dos relatos e a fluidez com que os relatos iam sendo expostos pelas entrevistadas.

De modo geral, minhas intervenções se faziam somente quando necessário. Procurei formular questões de modo claro, por intermédio de perguntas descritivas, curtas e que objetivavam encontrar maneiras de apreender os relatos, impressões e opiniões das entrevistadas, procurando sempre que estes fossem expressos o mais abertamente possível.

TRIVIÑOS (1987) salienta que a ênfase dada nas perguntas de natureza descritiva tem por objetivo atingir o máximo de clareza nas descrições do sujeito, sendo portanto de fundamental importância em pesquisa de caráter qualitativo descritivo.

Além do tipo e da natureza das perguntas no momento das indagações, procurei recorrer ao roteiro, somente nas situações em que os aspectos temáticos importantes para a pesquisa não estavam sendo expostos pelas entrevistadas ou, ainda, quando os relatos apresentados fugiam do tema.

No que se refere às perguntas, ao longo do processo de realização das entrevistas, pode-se dizer que estas não seguiram um padrão rígido, variando de acordo com a relação interpessoal estabelecida com cada uma das entrevistadas.

Ao discutir essa questão, SCHRAIBER (1995) afirma que:

*“ ... o modo pelo qual o pesquisador pode intervir produtivamente não tem uma norma fixa e não se repete de uma a outra entrevista. Não possuindo princípios que de antemão definem o momento e a direção da intervenção, a entrevista conduz sempre a uma atualização do roteiro, fundada na avaliação subjetiva das potencialidades do diálogo.” (SCHRAIBER, 1995, p.68)*

Como realizei todas as entrevistas, percebi, ao longo deste processo, que a cada uma delas eu estabelecia uma nova forma de fazê-las, havendo modificações frente à situação desconhecida. Percebi, portanto, ser este um rico processo de aprendizagem.

#### **4.4.5. Os registros dos encontros**

Os relatos obtidos a partir das situações das entrevistas realizadas na pesquisa de campo foram gravados. Optei pela utilização do gravador para proceder os registros. Entendia que esta seria a forma mais adequada para o registro da coleta de dados. Além disso, a forma de registro escrito seria mais difícil e exigiria muita habilidade de minha parte, já que tinha por objetivo registrar na íntegra todos os relatos das entrevistadas e todas as minhas perguntas.

De acordo com SCHRAIBER (1995), o uso do gravador possibilita a ampliação do registro, embora possa inibir o relato ou, até mesmo, criar excessiva preocupação com o desempenho pessoal. Tais elementos não alteram as vantagens da gravação como forma de registro.

O uso do gravador na situação de entrevista permite:

*“ ... captar e reter por maior tempo um conjunto amplo de elementos da comunicação de extrema importância: as pausas de reflexão e de dúvida ou a entonação da voz nas expressões de surpresa, entusiasmo, crítica, ceticismo, ou erros – elementos esses que compõem com as idéias e os conceitos a produção do sentido da fala, aprimorando a compreensão da própria narrativa. ” (SCHRAIBER, 1995, p.71)*

Após a realização de cada entrevista, procedi o trabalho de transcrição do material coletado. Conteí, nesta etapa do estudo, com a participação e colaboração de duas

auxiliares de pesquisa<sup>12</sup>, estudantes de graduação do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Católica de Campinas – PUCCAMP.

Entendia que a natureza do trabalho que iriam desenvolver, transcrição das entrevistas, prescindia de relativa familiaridade com a linguagem técnica da área a ser investigada e, portanto, um dos critérios priorizados na seleção e escolha das auxiliares de pesquisa relacionava-se ao fato de serem estudantes de graduação do curso de Terapia Ocupacional.

Cada auxiliar de pesquisa dedicou dez horas semanais ao longo de um ano ao trabalho de iniciação científica, vinculando-se a este estudo.

Foi necessário o acompanhamento sistemático das auxiliares de pesquisa, no decorrer de todo o processo. Este acompanhamento sistemático foi efetivado a partir de reuniões, orientações, participações em seminários, leitura de textos e treinamentos específicos sobre o método e as técnicas utilizadas na pesquisa.

A primeira etapa do trabalho desenvolvido pelas bolsistas de iniciação científica constituiu-se das transcrições das entrevistas, ou seja, da passagem do registro oral à linguagem escrita, de maneira a manter a fidelidade e a integralidade dos dados contidos nas gravações.

Uma vez concluída a primeira etapa, passei à seguinte. Nesta etapa, procurei definir os critérios e a forma de editoração do texto. Ao final dessa etapa, encerrou-se a participação das auxiliares de pesquisa, que sem dúvida desempenharam com capacidade e dedicação as etapas de desenvolvimento desse estudo que lhes foram destinadas.

Para que pudesse dar prosseguimento ao trabalho, foi necessária a realização de uma revisão minuciosa de todo o material das entrevistas. Procedi de forma a conferir o texto escrito e já digitado com os relatos gravados. Ao adotar este procedimento, tive por

---

<sup>12</sup> As duas auxiliares de pesquisa foram contempladas com bolsa de iniciação científica oferecida pela Coordenação de Estudo e Apoio à Pesquisa – CEAP, estrutura de fomento à pesquisa da PUCCAMP.

objetivo conferir a própria qualidade das transcrições. Entretanto, somente ao longo do desenvolvimento desta etapa, pude perceber a importância do procedimento adotado. Além de conferir os relatos em sua íntegra, pude resgatar o clima emocional estabelecido durante as entrevistas, evidenciando-se expressões de dúvidas, surpresas, e pausas de reflexão. A realização desta etapa foi fundamental, pois permitiu-me entrar em contato novamente com o material das entrevistas, facilitando a compreensão do material como um todo.

Todas as duas etapas descritas, obrigatórias no caso dessa pesquisa, exigiram muita dedicação e um extenso trabalho.

#### **4.4.6. O trabalho de análise**

Diante do vasto material das entrevistas, passei para a fase de análise.

De maneira exaustiva, procedi à leitura de todo o material, até que me sentisse impregnada dos relatos.

Em L'ABBATE (1990), o sentido atribuído ao termo impregnação está associado à idéia de ler e reler as entrevistas disponíveis até se deixar possuir por elas (*sic*).

Após a realização de inúmeras leituras, parti à procura de uma direção que me possibilitasse organizar o material das entrevistas.

Muitos poderiam ser os caminhos que me levariam a esta organização, já que havia me deparado com um extenso material, rico de sentidos e essencialmente polissêmico.

Optei por uma forma de organização que se sustentava nos referenciais teóricos pertinentes às Ciências Humanas, em minhas reflexões e em minha experiência clínica. Este percurso culminou com o agrupamento do material considerando-se os objetivos específicos deste trabalho.

À medida que avançava na análise do material, os temas centrais associados aos objetivos foram sendo desenvolvidos e desdobraram-se em sub-temas.

O tema abordado no capítulo cinco relaciona-se à trajetória de formação profissional das terapeutas ocupacionais entrevistadas, considerando-se o período da graduação até a pós-graduação.

No capítulo seis, o tema desenvolvido relaciona-se aos aspectos práticos e técnicos que envolvem a atuação clínica das terapeutas ocupacionais entrevistadas que coordenam grupos de atividades em serviços público de saúde mental.

Finalmente, no capítulo sete, a temática central relaciona-se às diferentes funções atribuídas às terapeutas ocupacionais – coordenadoras de grupos.

Cabe ressaltar, ainda, que fragmentos dos relatos das entrevistados foram utilizados com a finalidade de ilustrar, apresentar e subsidiar as discussões e análises dos temas desenvolvidos.

Refiro-me a fragmentos, pois, como salientei anteriormente, o material das entrevistas mostrava-se por demais extenso. Sendo assim, os cortes e a escolha de uma parte do relato de uma das entrevistadas em detrimento de outras fizeram-se necessários.

#### **4.4.7. Aspectos éticos**

Considerar as questões éticas que envolvem o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos é fundamental. VIEIRA & HOSSNE (1987) vêm ressaltando a importância dessas questões, especialmente em pesquisas da área da saúde.

Medidas normativas que regulamentam pesquisas que envolvem seres humanos vêm sendo discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, por intermédio do Ministério da Saúde. Essas medidas visam assegurar os direitos e os deveres dos sujeitos envolvidos em pesquisas.

Neste estudo, procedimentos que incluíram a investigação com seres humanos foram utilizados. Sendo assim, o projeto de pesquisa desta tese foi submetido ao Comitê de Ética da FCM da PUCCAMP, instituição em que atuo como docente. Gostaria ainda de salientar que as terapeutas ocupacionais entrevistadas participaram, dando seu consentimento, e foram esclarecidas quanto às perspectivas e objetivos desta investigação, já no primeiro contato.

Procurei tomar os cuidados necessários no sentido de me comprometer com a devolução do material, fruto da realização das entrevistas (transcrição do relato oral para o escrito).

Solicitei às entrevistadas a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, obedecendo os requisitos da Resolução 196/96, cujo o modelo está transcrito em anexo.

Assumi o compromisso de garantir o sigilo das identidades das entrevistadas envolvidas na pesquisa. Esse compromisso exigiu que repensasse a viabilidade de acrescentar nos anexos todo o material das entrevistas. Ao analisar o material, percebi que sua apresentação na íntegra não garantiria o compromisso assumido, quanto ao sigilo das identidades das terapeutas ocupacionais. Considerei que o restrito universo das profissionais terapeutas ocupacionais que atuam nesta área no Estado de São Paulo possibilitaria ao leitor o estabelecimento de possíveis relações entre as informações expressas nos relatos (local de trabalho, trajetória profissional, etc.) e, conseqüentemente, permitiria a identificação da profissional. Entendia, também, que a não apresentação de todo o material das entrevistas não comprometeria a apresentação deste estudo. Desta forma, optei por incluir nos anexos somente duas das entrevistas realizadas (ENTREVISTAS 02 e 12). Para que esta inclusão se efetivasse, procedi de modo a alterar e substituir os nomes de serviços, da própria terapeuta ocupacional entrevistada e quaisquer outros dados que pudessem identificar a profissional em questão. Deste modo, a apresentação de algumas das entrevistas teve por objetivo demonstrar ao leitor as potencialidades da entrevista semi-estruturada como instrumento de investigação,

ressaltando-se a importância da elaboração de um roteiro, como guia de orientação das intervenções do entrevistador, permitindo, contudo, flexibilidade na condução da entrevista.

## *PARTE III*

# *DISCUSSÃO DOS RESULTADOS*





*5. FORMAÇÃO DA  
TERAPEUTA OCUPACIONAL  
E OS REFERENCIAIS  
TEÓRICOS*



Com frequência, repleta de desafios tem sido a trajetória profissional das terapeutas ocupacionais.

Não pretendo abordar a complexidade e a diversidade de todos os aspectos envolvidos na trajetória e na formação profissional das terapeutas ocupacionais. O meu objetivo é apresentar e discutir algumas vivências relativas à formação e aos referenciais teóricos da trajetória das terapeutas ocupacionais investigadas nesse estudo que atuam na área da saúde mental. Tais vivências refletem aspectos que se relacionam com o esquema referencial e conceitual (modelos, abordagens, procedimentos técnicos) utilizado por essas profissionais e influenciam diretamente a forma como desenvolvem suas atividades clínicas, coordenando grupos de atividades nos serviços de saúde mental em que estão inseridos.

### **5.1. AS VIVÊNCIAS DA GRADUAÇÃO**

O termo vivência é entendido neste estudo como uma experiência afetiva associada ao fato de experimentar, de viver algo. Desta forma o termo designa aqui, não só uma realidade socio-histórica, mas também uma realidade psíquica, em que os valores, os sentimentos e as representações dos sujeitos envolvidos estão presentes. (FRANÇOZO, 1996)

O corte metodológico necessário e estabelecido na elaboração desse estudo levou-me a iniciar a análise da trajetória e da formação das terapeutas ocupacionais entrevistadas, considerando o fato de elas já estarem inseridas na graduação, enquanto alunas do curso de Terapia Ocupacional. No entanto, tenho clareza da importância de fatores sociais, econômicos e emocionais que determinam e influenciam a escolha de determinada profissão e, conseqüentemente, a maneira como se encaminham nos cursos que escolheram para se graduarem.

Nos dados obtidos a partir dos relatos coletados em campo, constatei que todas as terapeutas ocupacionais investigadas são do sexo feminino, graduaram-se em cursos de Terapia Ocupacional oferecidos por diferentes universidades. Concluíram a graduação em períodos que variaram desde o final da década de setenta até meados da década de noventa.

O fato da totalidade das entrevistadas desse estudo ser do sexo feminino, vem reafirmar os estudos de FERRIGNO (1991) e SOUZA (1997) que demonstram que a categoria profissional dos terapeutas ocupacionais é constituída em noventa e cinco por cento de mulheres jovens, em sua maioria na faixa etária compreendida entre vinte e cinco a trinta e cinco anos.

De acordo com HANH (1999) a maioria dos profissionais terapeutas ocupacionais são do sexo feminino. Este fato é apontado não só no território brasileiro, mas também no cenário internacional. A marca do gênero feminino também parece estar presente em outras profissões da área da saúde como por exemplo a enfermagem.

Quanto às universidades em que se graduaram destacam-se: a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Universidade de São Paulo (USP). As três universidades estão no Estado de São Paulo e, nessas duas últimas décadas, vêm desempenhando um importante papel, na formação das terapeutas ocupacionais. HAHN (1999) salienta que, dos vinte e três cursos de Terapia Ocupacional existentes atualmente no Brasil, sete concentram-se em São Paulo.

Mesmo considerando o importante papel que essas universidades vêm desempenhando, faz-se necessário ressaltar que nem o instrumento de investigação utilizado, nem os objetivos propostos no desenvolvimento dessa tese, permitem extrapolar os dados levantados para todas as terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo.

Com relação à maneira como as entrevistadas vivenciaram a graduação e a formação recebida, pude perceber a existência de opiniões e percepções distintas e divergentes.

*“Eu entrei na graduação em 1976, tá! Se dependesse da graduação, eu tinha desistido de ser terapeuta ocupacional, porque o curso tinha muitas dificuldades, pela falta absoluta de professores das disciplinas específicas. O que aconteceu foi o seguinte, no final do primeiro ano, nos fomos fazer uma entrevista com uma profissional que a gente tinha referências. A gente discutiu muito com ela a questão da formação profissional. Então, a partir do final do primeiro ano e durante todo o meu curso de graduação eu fiz sistematicamente um grupo de estudo semanal (extra) de Terapia Ocupacional em saúde mental, o ensino na graduação estava voltado de uma certa forma a apresentar técnicas e métodos para se trabalhar com pacientes do tipo... aprendia-se neurofisiologia, neuroanatomia, neuroclínica. Então, era muito assim, dentro de uma visão de habilitação e reabilitação, onde você tinha que identificar as patologias e os déficits e propor atividades que melhorassem as problemáticas e os déficits dessa patologia. Não tinha uma reflexão sobre a Terapia Ocupacional. Então eu acho assim, para mim foi fundamental ter participado todos esses anos daquele grupo de estudos, porque ali, tinha um interesse de entender em cada texto que a gente lia, como o autor conceituava a Terapia Ocupacional.” (ENTREVISTADA 08)*

*“Bom, de formação eu tenho falado, eu tenho pensado, que tem uma parte que é bárbara, que é assim, pensando aí em toda estrutura teórica, eu acho que foi importantíssimo, que foi assim, fiquei absolutamente voltada para a área de saúde mental. Dá saúde mental e social, aí eu fiquei fora das outras áreas (...) Eu me formei em 1989, tem dez anos agora. Então eu tenho certeza absoluta, que na questão do que a formação na graduação me deu, foi importantíssimo, foi por isso que eu fui trilhando o caminho que eu trilhei.” (ENTREVISTADA 11)*

Ao observar detalhadamente os relatos, compreendi que se tratava de percepções, opiniões e vivências diferenciadas, experimentadas por distintos sujeitos e em diferentes períodos históricos.

Não tenho por objetivo compará-los, pois percepções e vivências revelam um jeito particular de cada um dos sujeitos em questão. São sempre únicas e pessoais e pertencentes ao universo de subjetividade da experiência do sujeito. No entanto, penso ser

importante refletir sobre o contexto mais amplo em que tais percepções se situaram. Tais reflexões pode levar ao maior entendimento da própria formação das terapeutas ocupacionais.

Além disso, quando se trata de depoimentos e vivências, deve-se estar atento aos aspectos subjetivos. GUATTARI (1992) insiste em enfatizar o caráter e a pluralidade da subjetividade, entendendo que esta é produzida tanto por instâncias individuais, como coletivas e institucionais.

A entrevistada (8) expressou insatisfação quanto à formação oferecida na graduação. Referiu-se ao curso de graduação, apontando aspectos deficitários de sua estrutura. Tais aspectos se relacionavam ao contexto mais amplo da formação e se evidenciaram quando fez referências ao grande número de disciplinas oferecidas na área médica, como neuroclínica, neurofisiologia, etc., ou quando comentou sobre o modelo de reabilitação.

Já a entrevistada (11) expressou e explicitou a importância dos conhecimentos teóricos adquiridos na graduação, salientando especialmente a influência destes em sua trajetória.

Se considerar os períodos a que as entrevistadas se referiram, relativos ao final da década de setenta ao início da década de noventa, muitas transformações ocorreram, não só no modelo curricular do curso de Terapia Ocupacional, mas também no próprio desenvolvimento da profissão.

Conforme ressaltam EMMEL (1997) e LOPES (1999), ainda na década de setenta, o modelo curricular em vigência baseava-se fundamentalmente na preparação de um profissional subordinado ao médico, voltado para a área de reabilitação. As disciplinas da área médica estavam muito presentes no desenho curricular, enquanto as disciplinas específicas de Terapia Ocupacional eram em números insuficientes. Este modelo curricular

já não mais correspondia às necessidades da Terapia Ocupacional, tanto no que se refere à formação como a questões mais específicas da clínica e do mercado de trabalho.

Já no início da década de noventa, muitas reformulações haviam ocorrido, tanto no que se refere ao desenho curricular dos cursos de Terapia Ocupacional, como no campo de atuação deste profissional. As transformações ocorridas na área da saúde possibilitaram a inserção de terapeutas ocupacionais em diferentes serviços de assistência. Além disso, essas profissionais passaram a atuar em outras áreas, desenvolvendo trabalhos em programas na comunidade, creches, asilos, entre outros. Todas essas transformações podem estar expressas e associadas aos diferentes relatos apresentados.

## 5.2. UMA NOVA ETAPA: ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Ao concluir a graduação, algumas das terapeutas ocupacionais investigadas iniciaram suas trajetórias profissionais, inserindo-se no mercado de trabalho em diferentes áreas.

*“... eu me formei em oitenta e oito. Eu tive algumas experiências pontuais, por curto tempo, em uma APAE, numa escola especial, mas logo apareceu uma oportunidade para trabalhar em saúde mental, que era o meu desejo. Foi num concurso público que teve em Americana. Então eu fui fazer esse concurso, e passei ...” (ENTREVISTADA 06)*

*“Bom, eu me formei na Faculdade de Medicina da USP, no ano de 1976. Então de setenta e seis a setenta e oito, eu trabalhei com neuropediatria e deficiência mental na APAE. A partir de setenta e oito eu então, fui contratada pelo Hospital das Clínicas, para trabalhar em enfermagem psiquiátrica, e estou aqui desde essa data.” (ENTREVISTADA 15)*

*“... eu me formei em oitenta e três, já tem quinze anos de formada, não é? E logo que me formei, não trabalhei na área da saúde mental. Eu fiz um curso na área de terapia*

*com deficiência visual, depois trabalhei na APAE e um tempo na Neuro, só depois em oitenta e seis que eu fui para saúde mental.” (ENTREVISTADA 03)*

Os relatos das entrevistadas (06), (15) e (03) ilustram que algumas das profissionais entrevistadas atuaram em serviços de educação especial como APAE, ou clínicas de neuropediatria ou neuro-ortopedia, entre outros. Vivenciaram essas experiências profissionais por um curto período de tempo, de no máximo três anos, passando, em seguida, a atuar na área da saúde mental, onde permanecem até o momento em que participaram desse estudo.

Para outro grupo de terapeutas ocupacionais investigadas, o início da trajetória profissional se deu a partir da inserção imediata em serviços ou instituições de assistência à saúde mental públicos ou privados, conforme expressam nos relatos que se seguem.

*“Logo que me formei, um mês depois, eu já estava trabalhando num hospital psiquiátrico. Era um hospital tradicional, um hospital fechado (...) foi um trabalho bastante difícil, bastante complicado, por ser uma instituição fechada, com muitos pacientes crônicos ...” (ENTREVISTADA 12)*

*“A faculdade acabou dia treze de dezembro, não, dia dez de dezembro, e no dia doze de dezembro eu já estava trabalhando. Eu comecei a trabalhar numa clínica de repouso (...) era um modelo asilar ...” (ENTREVISTADA 09)*

Finalmente, a trajetória de um terceiro grupo de terapeutas entrevistadas teve início com a inserção em cursos de aprimoramento e especialização na área específica da saúde mental.

*“Bom, eu fiz a graduação aqui na PUCCAMP, de oitenta e nove a noventa e dois, saindo daqui, eu fui para Escola Paulista de Medicina. Fiz formação durante dois*

*anos e também, concomitantemente, eu fiz a formação no CETO - Centro de Estudos de Terapia Ocupacional<sup>13</sup>.*” (ENTREVISTADA 02)

*“Eu me formei em São Carlos, foi em oitenta e três, depois de São Carlos eu vim para São Paulo, o meu primeiro espaço de formação foi o CETO. Fiz algumas disciplinas, não cheguei a concluir, mas foi minha primeira entrada na saúde mental, eu já sabia que ia trabalhar com isso, depois eu fui fazer aprimoramento pela FUNDAP<sup>14</sup> ...”*  
(ENTREVISTADA 10)

De modo geral, os relatos apresentados ilustraram uma etapa da trajetória dessas profissionais, que se iniciou após a graduação. Pude perceber que o interesse e o desejo de atuar na área da saúde mental, como terapeutas ocupacionais, possibilitaram, a partir de diferentes caminhos, a inserção na área em questão.

### **5.2.1. Algumas inquietações do contato com a prática**

Em contato com a área da saúde mental, na condição de terapeutas ocupacionais contratadas em serviços de assistência ao doente mental, ou na condição de alunas que cursam a especialização, essas terapeutas ocupacionais se viam diante de inúmeras inquietações e desafios.

*“ ... então na verdade, a equipe não incorporou o terapeuta ocupacional no funcionamento multidisciplinar, eles dispõem, ou melhor eles gostariam de dispor de um profissional chamado terapeuta ocupacional, para ocupar e suprir a ociosidade(...). Quando eu coloco a posição de que existe um momento para que isso seja feito pelo terapeuta ocupacional, e que tem um objetivo terapêutico, uma conduta terapêutica, isso é uma grande surpresa para a equipe ...”* (ENTREVISTADA 01)

---

<sup>13</sup> O Centro de Estudos de Terapia Ocupacional foi estruturado a partir de um grupo de estudos e supervisão que iniciou suas atividades em 1972, sendo coordenado pela terapeuta ocupacional Maria José Benetton.

<sup>14</sup> Os programas de aprimoramento específicos da Terapia Ocupacional na FUNDAP começaram a ser oferecidos em 1979. A esse respeito, ver estudo de HAHN (1999).

O relato ilustra uma situação da rotina de trabalho, vivenciada por uma terapeuta ocupacional que se vê diante de uma equipe técnica que tem por expectativa um modelo de Terapia Ocupacional voltado à ocupação. Neste sentido, a terapeuta ocupacional busca apresentar outra possibilidade, a partir de uma abordagem que se diferencia da ocupação. Emergem, então, alguns conflitos e conseqüentemente, a necessidade de demonstrar para o restante da equipe técnica do serviço em que está inserido, o que pode fazer, o que faz e como faz. Em outros termos, tais situações relacionam-se com a identidade ; com o reconhecimento e com a valorização do seu próprio trabalho, de sua profissão e de seu campo de conhecimento.

A questão da identidade profissional da Terapeuta Ocupacional remete a uma reflexão que envolve o resgate de no mínimo dois aspectos. Um aspecto histórico, que circunscreve a constituição dessa prática profissional num passado muito próximo e recente, que se iniciou nos países desenvolvidos na segunda década deste século. E outro, que se relaciona à natureza da Terapia Ocupacional, uma profissão de bases amplas e complexas que contribui para que muitos dos conflitos localizem-se na própria definição do instrumento de trabalho.

Estes dois aspectos conjuntamente criam impasses ideológicos, científicos e técnicos e parecem dificultar o senso de identidade profissional. Essas questões cotidianas, ora se relacionavam a identidade profissional, como já descrito, ora se relacionavam a questões de ordem interna referentes a estrutura e a organização do serviços em que estavam inseridos as profissionais entrevistadas.

*“Eu fico lembrando da experiência que eu tive num hospital psiquiátrico, que eu precisava dizer e que as pessoas da direção achavam que o terapeuta ocupacional era aquele que tinha que organizar festas de fim de ano, que tinha que dar conta da ociosidade dos pacientes no pátio.” (ENTREVISTADA 08)*

*“ ... lá é dividido em setor. Tem o setor feminino e o masculino. O masculino é dividido em dois, sendo um dos dependentes e o outro que é dos crônicos e agudos. Eu acabei ficando no setor onde só tinha moradores crônicos e alguns agudos até vinham*

*para minha referência, mas eu tinha oitenta, oitenta pacientes só nesse espaço. Se eu não me engano eram trezentos e vinte e cinco leitos, se eu não me engano. Era muita gente (...) lá eu não tinha chance de poder sentar com eles e falar 'olha o que você quer fazer?'. Eu tinha que dividir, e assim era muito complicado. Eu tinha que dividir em grupos, são esses que vão participar dessa atividade ..."* (ENTREVISTADA 09)

Nos relatos (08) e (09) as entrevistadas, depararam-se com desafios e exigências, impostos pelo serviços, onde a expectativa da direção em relação à profissional terapeuta ocupacional, era de organizar festas, acabar com a ociosidade dos pacientes nos pátios ou atender em grupos, uma grande demanda de pacientes psiquiátricos, que se encontravam em situações de bastante desestruturação e comprometimento.

*"... eu estava num ambulatório de saúde mental, tentando trabalhar com psicóticos, com pacientes graves. E o que se colocava para a gente, de fato, era a necessidade que esses dispositivos extra hospitalares funcionassem. A minha necessidade era poder responder de fato, não só com os equipamentos, com um serviço aberto... mas na verdade a questão era como acolher? o que fazer? (...) atendíamos os pacientes entre três a quatro vezes por semana, atendíamos a família, e aí a minha necessidade de formação era estudar um pouco mais isso, né? O que são pacientes psicóticos? Enfim como tratá-los, como acompanhá-los e que recursos a gente utiliza além de uma instituição aberta? Que dispositivos técnicos dispúnhamos?"* (ENTREVISTADA 10)

Os relatos apresentados ilustram e expressam situações inquietantes e geradoras de angústias, e situações desafiadoras, que emergiram na prática profissional e clínica das terapeutas ocupacionais entrevistadas. Tais vivências revelaram dificuldades que se relacionavam a: falta do reconhecimento profissional, necessidade de aprofundamento teórico – prático e o desejo e interesse em superá-las.

### 5.3. BUSCANDO A QUALIFICAÇÃO

*“Eu me formei em noventa e dois, aí eu vim para São Paulo, fiquei dois anos, noventa e três e noventa e quatro, na Escola, fazendo especialização. Junto com isso eu fiz especialização no CETO.” (ENTREVISTADA 13)*

*“... então, quando surgiu o interesse em analisar as instituições, eu fui fazer um curso no CETO, sobre saúde mental e instituições. Uma abordagem interessante, que revia o tratamento moral, enfim todo tipo de instituições. Aí depois, eu fiz um curso longo, sobre a abordagem psicanalítica, no atendimento ao paciente psicótico. E aí, eu fui vendo a possibilidade, foram surgindo os cursos de pós – graduação multi-disciplinares e aí, eu ingressei em 1990, na pós graduação em saúde mental, e em 1994 eu defendi o mestrado.” (ENTREVISTADA 15)*

*“... eu fiz muitos anos de grupos de estudo, não era nenhuma formação, mais formal, oficial, mas eu estudei, sei lá, eu acho que um total de sete anos, com uma psicanalista.(...) A gente começou com supervisão, depois foi virando um grupo de estudos, foram saindo algumas pessoas...” (ENTREVISTADA 10)*

A análise dos dados obtidos a partir do trabalho de campo, assim como os relatos apresentados acima ilustram aspectos comuns na trajetória das terapeutas ocupacionais entrevistadas. Tais aspectos, bastante significativos, associam-se a uma busca no sentido da complementação e qualificação da formação. Essa tendência, demonstrada em dar continuidade aos estudos, parece refletir uma necessidade dos profissionais em aprofundar e aperfeiçoar seus conhecimentos a partir de uma graduação apontada como insuficiente e insatisfatória ou dos desafios que emergiram na prática clínica desses profissionais.

Sendo assim, imediatamente após a conclusão da graduação ou no decorrer do exercício profissional, estas terapeutas ocupacionais partiram em busca de uma formação mais qualificada. Essa busca se deu a partir da inserção em cursos de aprimoramento, formação específicas (psicodrama, terapias corporais, entre outros), especialização e mestrado, ou ainda por meio da participação em grupos de estudo, supervisão clínica e

institucional, cursos de atualização de curta duração. Na trajetória de pós formação das terapeutas ocupacionais investigadas neste estudo, a inserção em cursos de especialização foi bastante expressiva.

De acordo com HAHN (1999), as terapeutas ocupacionais, ao longo desses últimos vinte e cinco anos, foram se conscientizando da necessidade de se buscar uma formação continuada. Essa busca se caracterizou a partir de dois caminhos. Um descrito como formal, que se concretizou a partir da inserção de terapeutas ocupacionais em programas de aprimoramento, especialização e residência, e outro, descrito como informal, que incluía a supervisão.

### **5.3.1. O caminho formal**

Das profissionais entrevistadas, a maioria inseriu-se em cursos de especialização, oferecidos por diferentes instituições, tais como: Saúde Mental – Escola Paulista de Medicina - EPM<sup>15</sup>, Saúde Pública – USP E UNICAMP, Terapia Ocupacional em saúde mental – Centro de Estudo de Terapia Ocupacional – CETO.

Dentre os cursos de especialização freqüentados por estas profissionais, o CETO foi o curso mais procurado. Em seguida, vieram o curso de especialização da EPM e os de Saúde Pública da USP e UNICAMP. Salienta-se que algumas das profissionais entrevistadas fizeram dois cursos de especialização. Além disso, pude observar a inserção de algumas terapeutas ocupacionais em programas de pós-graduação ao nível de mestrado.

Como já descrevi , o CETO foi o curso mais procurado pelas entrevistadas. Este aspecto chamou-me a atenção, pois trata-se de um curso de especialização em Terapia Ocupacional, que não está vinculado a nenhuma instituição universitária. Sua estruturação foi iniciativa de um grupo restrito de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo, que

---

<sup>15</sup> A Escola Paulista de Medicina, por intermédio do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, oferece curso de especialização em Terapia Ocupacional Psiquiátrica. De acordo com BENETTON (1994), esse curso formou 36 especialistas de 1984 a 1994.

veio ao encontro da necessidade de aprofundar a qualificação das terapeutas ocupacionais, num momento em que cursos específicos de especialização em Terapia Ocupacional eram quase inexistentes.

*“Eu entrei na graduação em 1976 (...) a partir do final primeiro ano e durante todo o meu curso de graduação, eu fiz um grupo de estudo semanal em saúde mental com a Jô (...) no final da graduação e articulada com esse grupo (...) A Jô já tinha condições (...) de começar a organizar um curso de especialização e formação para terapeutas ocupacionais na área da saúde mental que tivesse uma abordagem psicodinâmica (...) era um grupo de oito ou dez pessoas que se preocupavam em estudar o que era a Terapia Ocupacional (...) a gente participava de trabalho de construção do CETO.” (ENTREVISTADA 08)*

A inserção em cursos de especialização tem sido uma constante, não só nos casos das terapeutas ocupacionais investigadas neste estudo, como, também, com as terapeutas ocupacionais de modo geral. Muitas vezes, buscar a especialização para essas profissionais se deu a partir de um trajetória onde os cursos de especialização eram reconhecidos pelas profissionais da área, mas não vinculados a instituições universitária. Ao realizar uma retrospectiva da trajetória de formação das terapeutas ocupacionais, nessas últimas quatro décadas, EMMEL (1997) analisa as transformações que ocorreram e contribuíram para ampliação das possibilidades de capacitação e qualificação destes profissionais.

Os trabalhos de EMMEL (1997), EMMEL & LANCMAN (1998) e HAHN (1999) apontam para a ampliação nas oportunidades da terapeuta ocupacional qualificar-se após a graduação. HAHN (1999) ao investigar o processo de escolha de áreas de especialidades de terapeutas ocupacionais recém-graduadas, constatou um maior número de possibilidades de aprimoramento profissional na área de psiquiatria e saúde mental.

No caso específico de desse estudo, segundo notei com os relatos das terapeutas ocupacionais, os impasses que emergiam da atividade clínica também se revelaram fatores mobilizadores no sentido de uma busca por qualificação e as levaram à especialização.

De fato, o que as terapeutas ocupacionais entrevistadas encontraram quando se inseriram nos cursos de especialização do CETO, E.P.M. e Saúde Pública? Com quais referenciais teóricos se depararam?

Procurei entender o que expressavam as terapeutas ocupacionais que se inseriram no Centro de Estudos de Terapia Ocupacional - CETO

*“No Centro de Estudos, os coordenadores têm uma formação psicodinâmica, então os autores que a gente estuda são mais relacionados a essas teorias (...) a gente estuda autores clássicos da Terapia Ocupacional, Fidler, Azima, Wittkower, a gente estuda alguns terapeutas ocupacionais franceses (...). fora da Terapia Ocupacional, a gente estuda Freud, Winnicott.” (ENTREVISTADA 02)*

*“No CETO, minha primeira disciplina foi psicopatologia, ministrada por uma psiquiatra, que também era psicanalista (...) depois eu fiz seis meses de introdução a Terapia Ocupacional (...). No ano seguinte eu tive um ano de psicanálise (...)o ano seguinte inteiro eu tive uma disciplina onde a gente estudava a história da Terapia Ocupacional, os autores de Terapia Ocupacional, desde os mais conhecidos, que a gente tinha estudado superficialmente na faculdade, até autores que eu não conhecia como Perrier (...) A gente teve ainda, um ano de laboratório e supervisão. Supervisão clínica de casos individuais e grupais.” (ENTREVISTADA 12)*

Em seguida, passei aos relatos dos entrevistados que se especializaram na Escola Paulista de Medicina – EPM

*“Então é assim na Escola Paulista de Medicina, a gente tinha uma grande carga horária prática (...) é um programa de especialização que a gente faz junto com os residentes. Então, a gente passa por um ambulatório de esquizofrenia, um ambulatório de dependência, um ambulatório de crise, além da enfermaria de psiquiatria. Acho que é só. Da parte prática e de atendimento é só. Ai a gente tem os cursos teóricos de psiquiatria especial, psiquiatria infantil, psicanálise, técnicas de psicoterapia e também as disciplinas específicas de Terapia Ocupacional. São quatro módulos. Um módulo para estudar as trilhas associativas, e os outros módulos para*

*estudar um pouco sobre as intervenções da Terapia Ocupacional (...) Na Escola Paulista, todo trabalho é feito sempre em equipe. No curso a gente passa pelos mesmos setores que passam os residentes, assistentes sociais e os psicólogos.”* (ENTREVISTADA 02)

*“Bom, na Escola Paulista é um curso de especialização que acontece concomitantemente, com os especializandos de Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e os residentes em Psiquiatria. É uma especialização dentro de uma escola de médica.(...) Tem as disciplinas específicas de Terapia Ocupacional, Um programa de práticas , onde a gente passava por um ambulatório de esquizofrenia, crise enfermagem de Psiquiatria.(...) Esses programas aconteciam e a gente passava por eles, pois eram os serviços onde a Terapia Ocupacional tinha um trabalho estruturado.(...) Além disso, a gente tinha disciplinas que não eram específicas da Terapia Ocupacional. Eram disciplinas oferecidas para os alunos das outras áreas (...),como psicopatologia, introdução à psicodinâmica, na verdade a gente via técnicas de psicoterapia, psiquiatria social, psiquiatria infantil, etc.”* (ENTREVISTADA 13)

Finalmente, passei a observar e analisar os relatos de algumas das entrevistadas que se inseriram nos cursos de especialização em Saúde Pública.

*“Eu fiz um curso de especialização em Saúde Pública, que eu acho assim... me deu uma capacidade para transitar na área da saúde pública, para refletir sobre questões relativas à organização do sistema de saúde, programação em saúde mental, psiquiatria social, psiquiatria comunitária. Isso não era um conteúdo dado na graduação. Você não tinha uma formação que te trouxesse uma compreensão do sistema de saúde (...) isso trouxe para mim muita facilidade (...) me fez entender questões que hoje em dia, eu acho ainda muito importante, principalmente para quem desenvolve um trabalho institucional.”* (ENTREVISTADA 08)

*“Eu fui fazer especialização em saúde pública (...) eu estou trabalhando num serviço público de saúde mental. Acho importante ter uma visão mais ampla da saúde como um todo. O terapeuta ocupacional tem esse potencial. A questão do planejamento das ações, da psiquiatria social são fundamentais.”* (ENTREVISTADA 07)

Nos relatos apresentados, pude notar que as entrevistados fizeram algumas referências sobre as disciplinas, os referenciais teóricos e práticos, oferecidos pelos diferentes cursos de especialização. Não objetivava desenvolver um estudo comparativo entre as disciplinas e os conteúdos programáticos das disciplinas oferecidas pelos diferentes cursos de especialização analisados, mesmo porque a metodologia empregada neste estudo não nos permitiria aferir com precisão todos esses aspectos. Meu objetivo relacionou-se à idéia de refletir e discorrer sobre a maneira com que essas profissionais entrevistadas vivenciaram os cursos de especialização em que se inseriram e, de modo geral, com quais referenciais teóricos e práticos puderam entrar em contato.

Chamou-me a atenção diferentes aspectos expressos nos relatos das entrevistadas onde pude perceber que:

O curso de especialização do CETO possibilitou às terapeutas ocupacionais, que nele se inseriram, o contato inicial com conteúdos teóricos ministrados em disciplinas não específicas da Terapia Ocupacional, que se relacionavam essencialmente a referenciais psicodinâmicos e psicanalíticos.

Pode-se dizer que o termo psicodinâmico, freqüentemente utilizado por terapeutas ocupacionais brasileiras, tem uma aceção bastante ampla. No entanto, neste estudo, sua referência associa-se a diversas abordagens que reconhecem, no inconsciente e nos fenômenos que nele se processam, aspectos essenciais para a compreensão do desenvolvimento humano.

Já o curso de especialização da EPM possibilitou às terapeutas ocupacionais que nele se inseriram, o contato com conteúdos teóricos relativos ao contexto mais amplo da psiquiatria (psiquiatria social, infantil, psicopatologia, entre outras) e com conteúdos específicos da Terapia Ocupacional. Além disso, possibilitou o contato das alunas com a prática clínica por intermédio de programas específicos de atendimento ao doente mental. Esta experiência proporcionou a vivência do trabalho conjunto com diferentes profissionais.

Os cursos de especialização em Saúde Pública tanto da USP como da UNICAMP possibilitaram às entrevistadas, que nela se inseriram, entrar em contato com conteúdos teóricos pertinentes a políticas de saúde e saúde mental, planejamento e gerenciamento em saúde entre outras temáticas relevantes e de importância aos profissionais de saúde como um todo. Não foi observado, nos relatos das entrevistadas, o contato direto com conteúdos específicos da Terapia Ocupacional.

Pude ainda perceber que os referenciais teóricos que abordam as especificidades da Terapia Ocupacional na área da saúde mental foram significativamente enfatizados e priorizados no curso de especialização do CETO, seguido da EPM, por meio de um conjunto de disciplinas:

- Introdução à Terapia Ocupacional;
- História da Terapia Ocupacional;
- Laboratório de atividades, entre outras.

A ênfase dada a esse conjunto de disciplinas pode proporcionar um estudo mais abrangente e, simultaneamente, mais aprofundado de conteúdos específicos da Terapia Ocupacional, considerando-se autores como Fidler, Azima, Wittkower, Ferrari, Benetton, que tratam a Terapia Ocupacional a partir de referenciais psicodinâmicos.

Esse conjunto de disciplinas parece ter facilitado e subsidiado o entendimento de aspectos teóricos e práticos concernentes à Terapia Ocupacional. O relato que se segue expressa a importância da especialização na trajetória de formação de uma das entrevistadas.

*“Fiz a formação no CETO. Eu acho que para mim foi muito bom, me deu uma base de sustentação. Eu parti para entender um pouco mais o que é a loucura, a psicose. Pude entendê-la com um outro olhar (...) Eu acho que eu me instrumentalizei muito depois que eu fiz o CETO (...) Eu acho que hoje a minha prática, ela é bem alicerçada,*

*eu me sinto muito segura, eu mais ou menos, sei... Eu consigo ter uma linha de raciocínio com o paciente, eu consigo pensar o que eu tenho e devo trabalhar com ele.” (ENTREVISTADA 12)*

Todos os aspectos relativos aos conteúdos teóricos e práticos dos diferentes cursos de especialização, observados e depreendidos dos relatos das entrevistadas, sugerem a importância, a necessidade e a viabilidade de que pesquisas nesse campo venham a ser desenvolvidas.

*“Eu fiz a formação toda no CETO e hoje, atualmente eu estou fazendo mestrado em saúde mental aqui na Escola Paulista, no departamento.” (ENTREVISTADA 04)*

*“Nessa época eu também comecei a fazer pós-graduação na área de educação especial, em São Carlos.” (ENTREVIATADA 12).*

*“Eu fui vendo a possibilidade. Foram surgindo os cursos de pós-graduação multidisciplinares, aí eu ingressei em 1990 na pós-graduação em saúde mental. Em 1994 eu defendi o mestrado. O meu interesse foi investigar as atitudes dos profissionais da equipe de saúde mental , frente ao doente mental.” (ENTREVISTADA 15)*

Os relatos evidenciaram que algumas das entrevistadas foram em busca de uma formação qualificada inserindo-se em programas de pós-graduação em áreas afins, neste caso, citam as áreas de educação especial e saúde mental.

Como salientei anteriormente, os estudos de LANCMAN (1997) e EMMEL & LANCMAN (1998) enfatizam o aumento significativo de terapeutas ocupacionais que se inseriram em programas de pós-graduação, nível mestrado e doutorado, em áreas afins, nesses últimos dez anos.

Compartilho das idéias de LANCMAN (1997) que, ao fazer referências a inserção de terapeutas ocupacionais em programas de pós-graduação em áreas afins, ressaltou o distanciamento ocorrido entre o objetivo do processo de capacitação e a

construção da especificidade profissional. Ao meu ver, a inexistência de programas específicos de pós-graduação em Terapia Ocupacional, ainda nos dias atuais, cria dificuldades para a constituição da profissão, sendo esta, uma questão, que merece atenção especial das terapeutas ocupacionais.

### 5.3.2. O caminho informal

Como salientei anteriormente, a necessidade das terapeutas ocupacionais brasileiras buscarem uma qualificação mais aprofundada, segundo HAHN (1999) se deu também a partir de um caminho informal. Este era caracterizado pela procura de supervisão, que poderia ser realizada tanto com profissionais de outras áreas, como também por terapeutas ocupacionais mais experientes. Ainda segundo essa autora, este modelo de formação complementar iniciou-se na década de setenta, ampliando-se até os dias atuais.

A análise das entrevistas revela que além da supervisão, entendida aqui como uma possibilidade de qualificação a partir de um caminho informal, outros percursos foram trilhados pelas terapeutas ocupacionais investigadas.

*“A gente começou com supervisão (...) algumas pessoas saíram, depois foi virando um grupo de estudos (...) um grupo de estudo de psicanálise (...) essa foi uma época que eu fiz muitos anos de grupo de estudo. Não fiz nenhuma formação assim, mais formal, oficial, mas estudei, estudei sei lá, eu acho que no total foram sete anos.”*  
(ENTREVISTADA 10)

*“A minha formação foi especialização no CETO e em saúde pública.. Depois eu sempre mantive uma situação continua de supervisão e grupo de estudo (...) no começo dos anos noventa eu comecei a estudar muito com o grupo do núcleo da subjetividade, era uma formação informal e comecei a fazer um processo terapêutico pessoal (...) Hoje eu vejo que para mim foi muito importante.”* (ENTREVISTADA 08)

Considerando os relatos apresentados (06), (10) e (08), chamou-me especialmente atenção a possibilidade descrita pelas terapeutas ocupacionais investigadas de encontrarem condições para aprofundarem seus conhecimentos e, conseqüentemente, aprimorarem suas trajetórias rumo à qualificação, por meio de percursos nem sempre valorizados pelas instituições universitárias. Como pude perceber, essas possibilidades se deram a partir de situações como:

- supervisão;
- participação em grupos de estudo;
- cursos de curta duração (atualização);
- processo terapêutico pessoal;
- a participação como observadora de atendimentos a grupos verbais no cotidiano da atuação profissional.

No que se refere à supervisão, notei que todas as terapeutas ocupacionais investigadas vivenciaram, em algum momento de sua atuação profissional, experiências de terem sido supervisionadas por um profissional mais experiente da mesma área ou de áreas afins.

Evidenciou-se nos relatos descritos a existência de dois tipos de supervisão. Uma mais organizada, descrita como supervisão institucional, vivenciada no contexto dos serviços de assistência à saúde mental onde atuavam e que, sistematicamente, contava com a participação de toda a equipe técnica.

*“Naquela época em que eu estava trabalhando no Largo Treze, tínhamos uma equipe que trabalhava com psicóticos. Era um programa de atendimento constituído de grupos de terapia ocupacional, grupos verbais, grupos de familiares (...) Todos os profissionais estavam envolvidos nesse projeto e participavam da supervisão de equipe.” (ENTREVISTADA 10)*

O outro tipo de supervisão descrita e caracterizada como clínica, sistematicamente, destinava-se à discussão de casos clínicos, a partir de um referencial teórico pertinente à abordagem psicodinâmica. Neste tipo de supervisão, evidenciou-se que a escolha do supervisor era pessoal, caracterizando uma situação de busca particular de cada uma das profissionais investigadas.

Segundo HAHN (1990), na situação de supervisão em terapia ocupacional, a discussão de casos clínicos possibilita, ao supervisionado, o desenvolvimento e a clarificação do pensamento clínico, a ampliação de sua capacidade de organização e a maior compreensão do processo terapêutico.

De acordo com ROPA (1991), considerando-se o referencial psicanalítico, a supervisão contemplaria três dimensões. A dimensão analítica, entendida como sendo um espaço propício para que se despertem efeitos analíticos de acesso ao inconsciente. A dimensão didática, que se relaciona ao permanente trabalho de construção e desconstrução de hipóteses teóricas e teorização fluente. E, finalmente, a dimensão denominada de mestria, onde a principal função do supervisor estaria associada à ajuda dada ao supervisionado, no sentido de fazê-lo superar a angústia do não saber e de sustentar a espera necessária de elaboração dos processos inconscientes.

Com relação aos grupos de estudo, pude notar que se constituíam em espaços de aprendizagem, onde o objetivo principal voltava-se ao estudo de determinadas temáticas que vinham ao encontro das necessidades das terapeutas ocupacionais investigadas e do grupo de profissionais que os integravam.

Os assuntos e temas discutidos nesses grupos de estudo eram especialmente dirigidos ao entendimento dos referenciais psicodinâmicos, das psicoterapias de grupo e de questões relativas às políticas de saúde mental, organização e estrutura de instituições psiquiátricas.

*“Era um grupo de estudo de psicanálise (...) a gente foi estudar Freud. Era um referencial importante (...) esse estudo nos dava a possibilidade de não mais olhar*

*somente para doença ou para um conjunto de sinais e sintomas. Que é uma visão ainda hoje hegemônica, obviamente, mas nos permitia poder olhar para o sujeito doente. O sujeito doente que está dentro da história, que está dentro de uma cultura, que é multideterminado. Eu acho que do ponto de vista do desenvolvimento psíquico, a psicanálise é uma abordagem, vamos dizer assim, que dá conta de responder como é que o sujeito, de uma forma geral se estrutura na vida, no mundo e como é a relação desse sujeito com o mundo.” (ENTREVISTADA 10)*

No que se refere aos cursos de atualização, pude perceber um investimento acentuado por parte das terapeutas ocupacionais investigadas. Desta maneira, notei que todos as profissionais vivenciaram essa experiência, inserindo-se em diferentes cursos de atualização de curta duração, com temáticas que se relacionavam à área da saúde mental e a outras áreas mais específicas da Terapia Ocupacional.

Com relação aos processos de terapia pessoal, não foi possível determinar quais as abordagens psicoterapêuticas, o tempo de duração, bem como os motivos que levaram essas profissionais a procurar e vivenciar esse tipo de experiência. Percebi somente, que todas deram início ao processo de terapia pessoal. Da análise das entrevistas, depreendi, ainda, a importância dada ao processo de terapia pessoal enquanto um acontecimento e uma vivência que possibilita o conhecimento de si própria e, conseqüentemente, contribui para o enriquecimento da formação pessoal e profissional como um todo.

*“Quando você atende pacientes psicóticos, procurar uma terapia pessoal é de fundamental importância. Você acaba tendo mais possibilidade de se conhecer e acaba podendo entender melhor o paciente e o grupo.” (ENTREVISTADA 05).*

O cotidiano da prática clínica profissional, também, contribuiu para o enriquecimento e a formação profissional. O relato da entrevistada (06) expressa a importância de ter tido a oportunidade de vivenciar experiências clínicas de atendimento grupal, como observadora de um grupo verbal e coordenadora de um grupo de atividades, compartilhando e aprendendo com outro profissional, no caso um psicanalista, aspectos teóricos e práticos relativos a dinâmica de grupo.

*“ Quando eu entrei no H.D. (...) então, eu trabalhei muito de perto com um psiquiatra psicanalista. Ele fazia um grupo mais verbal, e eu acompanhava como observadora. Eu fazia um grupo de atividade e ele acompanhava como observador. Então, essa situação foi uma escola, bastante interessante para mim (...) e foi trabalhando junto com esse psicanalista que eu comecei a descobrir o que era dinâmica de grupo, quais eram os modelos que se poderia seguir (...) eu aprendi muita coisa. Eu fui ler, estudar, eu tive a oportunidade de vivenciar essa experiência.” (ENTREVISTADA 06)*

### **5.3.3. Pontos de encontro entre o caminho formal e o informal**

Ao longo deste capítulo, procurei discorrer sobre a vivência e a trajetória das terapeutas ocupacionais investigadas, no sentido de terem ido em busca de uma qualificação mais aprimorada. Essa trajetória percorrida constituiu-se de caminhos formais e informais, que, do ponto de vista teórico-prático, possibilitaram maior compreensão dos referenciais psicodinâmicos e da terapia ocupacional a partir desse contexto.

No que se refere ao entendimento dos grupos terapêuticos e à clínica de atendimento grupal em terapia ocupacional, aspecto central de minha investigação, também observei que o contato com essa temática e esse referencial se deu na conjunção entre o caminho formal e informal. Nesse sentido, tanto os cursos de especialização, como as supervisões, grupos de estudo, cursos de atualização e terapia pessoal foram elementos significativos para fundamentar e subsidiar a atuação clínica no atendimento a grupos.

*“ Há seis anos que eu estou aqui no H.D.. Nesse meio tempo, como é uma instituição que trabalha com grupos, eu fiz uma formação de coordenadora de grupos operativos, num instituto que trabalha com o referencial de Pichon Rivière (...) fora os outros cursos que a gente faz, em período menor. Me aprofundo mesmo nessa área, eu gosto muito dessa área.” (ENTREVISTADA 14)*

*“ Eu fui fazer um curso de agente de saúde mental (...) aí eu estudei um pouco de análise institucional, estudei um pouco de grupo e dispositivo grupal. Estudamos*

*alguns argentinos, Bleger, e também Lapassade, Bion. (...) na verdade eu sempre retomo esse material, eu acho que é sempre muito atual, ele me serve muito, para pensar as instituições, as ações cotidianas, os grupos, os usuários e a equipe.”*  
(ENTREVISTADA 10)

*“ ... enquanto referencial teórico (...) eu acredito , eu tento trabalhar a questão do grupo, a partir da visão de Bion e Pichon Rivière, é o que eu uso (...) a gente utiliza mesmo esse dois referenciais, que é fundamental mesmo.”* (ENTREVISTADA 03)

*“Pensando um pouco no referencial psicodinâmico, nos grupos, o encontro com Winnicott, eu acho super interessante. Mais recentemente eu fiz alguns cursos na PUC de São Paulo e pudemos estudar um pouco de Guattari e Deleuze.”*  
(ENTREVISTADA 11).

Estes fragmentos dos relatos indicam que, na trajetória de formação das terapeutas ocupacionais investigadas, houve, inicialmente, uma influência acentuada de referenciais teórico-prático relacionados às abordagens psicodinâmicas e às psicoterapias de grupo de base analítica. Relatos e referências a autores como Bion, Bleger, Winnicott, Pichon Rivière foram constantes e significativos no sentido de terem possibilitado uma ampliação e uma maior compreensão dos conteúdos teórico-práticos relativos ao atendimento a grupos.

Pude ainda perceber que o estudo e contato inicial com as formulações teóricas dos autores descritos acima estimularam e mobilizaram as profissionais a buscarem um aprofundamento nos estudos de grupos em terapia ocupacional.

*“Num primeiro momento numa fase inicial de minha formação no CETO, a influência de autores como O’Donnel, Winnicott<sup>16</sup> que trabalhavam com conceitos sobre grupos de psicóticos e as propostas de Pichon, sobre grupo operativo, ficou sendo uma referência teórica. Fiz o curso sobre grupo (...) com Oswaldo Saidon, que com certeza, foi um*

---

<sup>16</sup> Algumas das formulações teóricas de D. W. Winnicott foram utilizadas por seus seguidores e aplicadas ao contexto de atendimento grupal. Winnicott não trabalhou diretamente conceitos sobre grupos de psicóticos. Esta foi uma referência feita pela entrevistada 03.

*momento muito interessante (...) todas essas foram referencias importantes para começar a construir e ir em busca de referencias mais próximas a da terapia Ocupacional. Na verdade esse foi um caminho que me interessou muito (...) Eu acho que só recentemente, nos últimos dez anos, que a gente vê na literatura, autores terapeutas ocupacionais se dedicando ao estudo de grupos (...) Mosey por exemplo, é uma autora que tem uma proposta de 1986, num trabalho importante, onde ela busca definições para o grupo, para o manejo de grupo em terapia ocupacional (...) o trabalho da Sonia Ferrari, e o trabalho da Viviane Maximino, que vão caminhando muito para esse tipo de intervenção, mas eu acho que o trabalho da Jô Benetton é o que mais me faz sentido.” (ENTREVISTADA 03)*

Na perspectiva de um estudo mais direcionado ao entendimento dos grupos em terapia ocupacional, pude perceber a importância e a influência das formulações teóricas das terapeutas ocupacionais brasileiras.

*“Além de Bion, Pichon, uma autora que eu utilizo muito na prática e nos programas de aprimoramento que coordeno, são os trabalhos e textos da Ferrari e da Maximino.” (ENTREVISTADA 15)*

*“A gente estudou muito as trilhas associativas, a tese da Jô Benetton, os artigos da Sonia Ferrari (...) e os trabalhos da Viviane Maximino.” (ENTREVISTADA 02)*

As autoras mais frequentemente citados (Benetton, Ferrari, Maximino) enquanto referencias, influenciaram tanto do ponto de vista teórico como prático as profissionais entrevistadas e podem caracterizar e vir a determinar uma tendência do pensamento e de entendimento dos grupos em terapia ocupacional, especialmente no Estado de São Paulo.

Finalmente, devo enfatizar que a trajetória das terapeutas ocupacionais investigadas rumo à uma qualificação mais aprofundada se deu a partir da disponibilidade, desejo e interesse dessas profissionais de superar os desafios, percorrer diferentes e árduos caminhos. Esses foram e, sem dúvida, têm sido os elementos essenciais na trajetória de formação das terapeutas ocupacionais.



*6. GRUPOS DE ATIVIDADES:  
REFLEXÕES SOBRE A  
PRÁTICA*



Ao organizar o conteúdo desse capítulo, tive por objetivo destacar aspectos relevantes depreendidos das entrevistas que se relacionavam à atuação clínica das terapeutas ocupacionais entrevistadas junto a grupos de atividades em serviços públicos de Saúde Mental.

Minha atenção dirigiu-se especialmente a questões de ordem prática e técnica relativas ao manejo dos grupos de atividades em Terapia Ocupacional, considerando a maneira como as terapeutas ocupacionais entrevistadas:

- planejavam e organizavam o *setting* de atendimento grupal;
- descreviam a inserção da atividade no grupo;
- descreviam a dinâmica de funcionamento dos grupos de atividades;
- atuavam coordenando os grupos de atividades.

Para que pudesse aprofundar o entendimento dessas questões, fez-se necessário delimitar inicialmente o contexto dos serviços em que atuavam essas profissionais.

Circunstancialmente serão apresentados alguns dados numéricos, tais como: número de leitos, tempo de permanência de internação, periodicidade de atendimentos, números de participantes no grupo e etc. Gostaria de ressaltar que, neste trabalho, não objetivava obter dados quantitativos, nem utilizei metodologia adequada para tal. Não obstante, achei que poderia ser ilustrativa a inclusão no texto de alguns desses dados numéricos — que não podem ser generalizados — pois facilitaria ao leitor compreender o contexto e o funcionamento dos grupos de atividades, meu objeto de estudo.

## 6.1. O CONTEXTO DOS SERVIÇOS

A idéia de GUATTARI (1992) de que um grupo não existe de maneira autônoma e separada da realidade em que se insere parece fundamental. De fato, em minha

prática clínica, desenvolvida no interior de instituições e serviços públicos de Saúde Mental, tenho observado inúmeras interferências que freqüentemente acabam refletindo no atendimento terapêutico, seja individual ou grupal. Tais interferências relacionam-se às situações cotidianas a que estão expostos os diferentes profissionais que atuam na área, e se concretizam em função de atrasos, reuniões extraordinárias, situações de urgência, interrupções de vínculos empregatícios, discordâncias entre os membros da equipe no que se refere ao projeto terapêutico.

Para BALLARIN (1995), essas interferências não inviabilizam o trabalho terapêutico no interior da instituição. Entretanto, devem ser analisadas para que possam ser devidamente tratadas e não se transformem em elementos contrários ao crescimento do indivíduo ou do grupo, evitando-se a alienação e a estereotipia.

Segundo BLEGER (1980), as instituições funcionam como apoio, como identidade e inserção social do indivíduo, fazendo parte da personalidade do mesmo. Desta forma, não são só instrumentos de organização e controle social, mas também instrumentos de regulação da personalidade. Quanto mais integrada a personalidade, menos dependente é o indivíduo do apoio da instituição; quanto mais imaturo, mais dependente é dessa relação de apoio. Esse autor ressalta, ainda, que em toda organização verifica-se a tendência de se ter uma estrutura semelhante ao problema que deve enfrentar e para o qual foi criada. Assim, por exemplo, um hospital tende a ter uma organização com as mesmas características que as dos doentes.

De modo geral, pode-se dizer que todos os serviços em que atuavam as profissionais entrevistadas constituem-se em propostas assistenciais que se articulam ao movimento mais amplo da reforma psiquiátrica brasileira.

### 6.1.1. Enfermaria de psiquiatria em hospital geral

Das profissionais entrevistadas, algumas desenvolviam suas atividades clínicas inseridas em enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais.

Segundo BOTEGA (1995), as unidades psiquiátricas em hospitais gerais, desde sua criação em 1930 nos Estados Unidos, estão frequentemente atreladas a centros universitários.

Para CERQUEIRA (1984) e DALGALARRONDO (1995), as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais possibilitam a diminuição do estigma da doença mental, que segrega, isola e aprisiona. Possibilitam, ainda, o diagnóstico e o tratamento mais adequado, tanto no que se refere aos aspectos físicos como psíquicos.

*“A proposta seria assim, tempo de internação de dois meses, mas nós estamos vendo que é de três a quatro meses. Esse tempo de internação se ampliou. Já existem trabalhos que mostram que com a organização da rede de saúde mental na cidade, os casos mais graves estão vindo para cá. Porque aqui é um hospital de complexidade, com vários aparelhos, né! (...) muitas vezes o paciente está bem do ponto de vista da saúde mental, mas precisa melhorar seu estado clínico, geral. Então isso tem prolongado esse tempo de internação.” (ENTREVISTADA 15)*

*“Então, nós temos uma enfermaria com dezesseis leitos, a característica da população que a gente atende é de pacientes doentes mentais que estão em crise aguda.” (ENTREVISTADA 03)*

Os aspectos apresentados mostram-se compatíveis com as diretrizes gerais estabelecidas para este tipo de serviço — enfermaria de psiquiatria em hospital geral — que, de modo geral, caracteriza-se por abrigar pequenos grupos de pacientes (aproximadamente vinte), sendo que o número de leitos recomendado por quarto não deve exceder a seis.

*“ ... da equipe , participam o pessoal da enfermagem, os psicólogos, os estudantes e residentes de medicina, os psiquiatras e alguns docentes.” (ENTREVISTADA 15)*

*“Existe uma reunião clínica, para discutir os casos da internação. Todos nos participamos dessa reunião, os residentes de psiquiatria, os estagiários de enfermagem e Terapia Ocupacional, (...) além disso, eu entro em contato com os próprios residentes que cuidam do caso, quando eu preciso.” ( ENTREVISTADA 03)*

Notei ainda, a partir dos relatos das terapeutas ocupacionais entrevistadas, que o trabalho assistencial era desenvolvido nas enfermarias, onde essas profissionais atuavam, por equipe técnica composta de psiquiatras, residentes em psiquiatria, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e estagiários de diferentes cursos da área da saúde.

De acordo com DALGALARRONDO (1995), o desenvolvimento do trabalho em equipe terapêutica, constituída por diferentes profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais), em enfermaria psiquiátrica de hospital geral é um aspecto de fundamental importância. Ao considerar a multiplicidade de fatores que a doença mental suscita, não só o diagnóstico e o tratamento medicamentoso devem ser valorizados, mas as diversas modalidades terapêuticas que objetivam a reabilitação social e laboral, o que vem reforçar a importância do desenvolvimento do trabalho em equipe.

As terapeutas ocupacionais entrevistadas, ao discorrerem em seus relatos sobre os usuários atendidos, ressaltaram tratar-se de pacientes adultos de ambos os sexos, bastante comprometidos que apresentavam estado mental ou comportamental de intensa desorganização (*sic.*).

*“A característica da população que a gente atende é que são pacientes doentes mentais que estão em crise aguda da doença. Então são casos agudos, lógico que a gente atende crônicos, mas em fase aguda da doença e o nosso objetivo é tira-los rapidamente da crise (...) a gente atende muitos pacientes com problemas clínicos que não são aceitos dentro da rede, em outros hospitais, são pacientes psiquiátricos com*

*problemas clínicos, por exemplo: um paciente com depressão, que também está muito debilitado, que exige cuidados clínicos, está tomando soro e as vezes não pode nem sair da cama.” (ENTREVISTADA 03)*

No estudo de DALGALARRONDO (1995), relativo à clientela assistida em enfermaria de psiquiatria em hospital geral universitário, constatou-se a predominância de quadros diagnósticos relativos a psicóticos funcionais, seguidos respectivamente de quadros neuróticos graves, transtornos de personalidade, e síndromes orgânico - cerebrais.

Com relação aos grupos de atividades desenvolvidos pelas terapeutas ocupacionais entrevistadas nas enfermarias de psiquiatria em hospital geral, destacam-se algumas características. Estas relacionam-se à periodicidade dos atendimentos, tempo de duração e número de participantes nos grupos.

*“ ... os atendimentos dos grupos de atividades são diários (...) eu atendo todas as manhãs (...) dura de uma hora a uma hora e meia, o atendimento.” (ENTREVISTADA 03)*

*“ ... basta o paciente estar internado para participar do grupo (...) todo o tratamento caminha no sentido de estimular a participação do paciente (...) para se iniciar o grupo é preciso ter no mínimo quatro pacientes, mas como ele é um grupo aberto, pode chegar a doze o número de pacientes.” (ENTREVISTADA 15)*

*“É um grupo aberto com quase todos os pacientes que estão internados. São pacientes bastante comprometido. O grupo acontece todos os dias, a gente tem tentado se organizar para que ocorra das dez horas as onze e meia, uma hora e meia por dia, faz parte da rotina do serviço (...) é um horário de atendimento definido e alguns pacientes são literalmente convidados a participar. Tentamos estimulá-los a sair do leito, tem paciente que não consegue chegar na sala de T.O , a gente tem que ir buscá-lo.” (ENTREVISTADA 01)*

A partir dos relatos apresentados, notou-se que os grupos de atividades são realizados diariamente e fazem parte da rotina e da programação do serviço. Participam do grupo, a quase totalidade dos pacientes que estão internados.

Com relação à dinâmica de funcionamento dos grupos de atividades, os relatos que se seguem ilustram algumas situações relativas à atividade e à relação que a terapeuta ocupacional — coordenadora estabelece com o grupo.

*“O que acontece na verdade é que os pacientes ficam sentados, cada um fazendo sua atividade (...) eu sempre tento fazer, no momento final, um fechamento do grupo (...) em minhas intervenções eu tento fazer com que eles percebam as outras pessoas (...) que eles percebam o que estão falando e fazendo, que cada um fale na sua vez (...) é muito difícil.” (ENTREVISTADA 01)*

*“Na maioria das vezes os pacientes estão muito desestruturados, comprometidos quando chegam aqui (...) muitas vezes é difícil, o paciente não consegue dizer (...) são muitas situações que não dá para trabalhar com o paciente no verbal. Então, nos utilizamos de outros recursos, a atividade. (...) nos utilizamos muitas atividades expressivas como pintura, modelagem, algumas mais estruturadas, bordado ou confecção de um objeto (...) atividades que são realizadas aqui mesmo (...) Cada paciente escolhe uma atividade de interesse dele. Então ele vai em busca da atividade.” (ENTREVISTADA 15)*

*“A gente sugere a atividade quando o paciente tem dificuldade em escolher (...) eu parto do pressuposto que é muito importante que eles escolham as atividades, o material.” (ENTREVISTADA 03)*

Ao se inserirem nos grupos de atividades, os pacientes escolhiam livremente a atividade, conforme ilustração do relato da entrevistada (15). Em outras situações, as atividades eram sugeridas aos pacientes, considerando-se as dificuldades que estes apresentavam, conforme ilustrado no relato da entrevistada (03).

As entrevistadas (15) e (01) referiram-se a dificuldades apresentadas pelos pacientes, relacionadas com situações em que eles não conseguiam escolher uma atividade, não conseguiam verbalizar, ou demonstravam não perceber o próprio contexto do atendimento grupal. Neste sentido, algumas das intervenções da terapeuta ocupacional — coordenadora tinham por objetivo fazer com que os pacientes pudessem perceber os demais integrantes do grupo, ou até mesmo perceber o que estavam dizendo ou fazendo. Nestas situações a atividade era utilizada como recurso terapêutico.

### **6.1.2. Hospital-Dia e Centro de Atenção Psicossocial**

Algumas das terapeutas ocupacionais entrevistadas desenvolviam suas atividades clínicas em Hospitais-Dia (Hospital-Dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Hospital-Dia da UNESP, Hospital-Dia de Ribeirão Preto) e outras em Centros de Atenção Psicossocial de diferentes instituições (Centro de Atenção Psicossocial Integração – Campinas e Luiz Cerqueira – São Paulo).

Segunda LIMA (1999), tanto os Hospitais-Dia como os Centros de Atenção Psicossociais podem ser definidos como serviços de hospitalização parcial, que objetivam evitar a internação integral.

Por se caracterizarem como serviços de hospitalização parcial, devem apresentar um programa de tratamento flexível e menos restritivo, incluindo diversas modalidades de tratamento em termos de diagnóstico, atendimento médico psiquiátrico, psicossocial e de readaptação ocupacional. Os serviços de hospitalização parcial destinam-se ao atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e que necessitam de tratamento intensivo, coordenado, multidisciplinar, oferecido em programas ambulatoriais.

Em 1992, o Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 1992) estabeleceu dois serviços, sendo eles Hospitais-Dia (H.D.) e os Núcleos de Atenção Psicossocial e Centros de Atenção Psicossocial - NAPS/CAPS.

O Hospital-Dia, subordinado ao sistema de informação hospitalar – SUS – Sistema Unificado de Saúde, é definido um recurso intermediário entre internação e ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional. A proposta técnica deve contemplar uma diversidade de atividades, com programação de até cinco dias por semana, com carga horária semanal de oito horas para cada paciente.

O Centro de Atenção Psicossocial, por sua vez, está subordinado ao sistema de informação ambulatorial – SUS – e é definido como unidade loco-regional, que conta com população adscrita, definida pelo nível local, oferecendo cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e hospitalar, em um ou dois turnos diários de quatro horas.

Na análise de ZUSMAN (1995), os Hospitais-Dia têm a função de tratar pacientes em situações de crise. A situação de crise do paciente está associada à piora dos sintomas apresentados. Ao CAPS, caberia a função de estimular o paciente, propiciando a criação de novos vínculos afetivos e um conjunto novo de representação.

*“ ... neste sentido, o CAPS é um indutor de crise. Uma crise controlada e acompanhada que se caracteriza pelo abandono de um patamar de estabilização por outro idealmente mais enriquecido de recursos simbólicos e mais estável no que diz respeito à coesão egóica. Nem todo paciente é indicado para este tipo de prática.”*  
(ZUSMAN, 1995, p.64)

Alguns dos aspectos que caracterizam serviços de hospitalização parcial, entre os quais enquadram-se os hospitais-dia e os núcleos e centros de atenção psicossocial, apresentam inúmeras similaridades. Estas similaridades e semelhanças dificultam a identificação dos aspectos que podem os diferenciar.

Os pacientes atendidos nos serviços de hospitalização parcial (HD, NAPS/CAPS) são descritos quanto à classificação diagnóstica, a partir de uma grande diversidade. Em alguns desses serviços, parece existir o predomínio de pacientes psicóticos; em outros, há o predomínio de pacientes neuróticos – teoricamente não elegível

para internação integral; em outros, ainda, tanto pacientes neuróticos como psicóticos são atendidos. Alguns desses serviços estabelecem critérios de exclusão diagnóstica, não admitindo, por exemplo, dependentes químicos ou alcoolistas. (LIMA, 1999)

Com relação aos pacientes atendidos nos serviços em que as terapeutas ocupacionais foram entrevistadas, pude identificar a partir dos relatos uma diversidade compatível, com a descrita por LIMA (1999)

*“Nós não trabalhamos com alcoólatras, nem com drogadição (...) fundamentalmente a equipe e nos atendemos pacientes psicóticos e neuróticos graves.” (ENTREVISTADA 14)*

*“... aqui no HD, nos atendemos somente os casos de neuroses e psicoses, alguns casos de psicoses orgânicas.” (ENTREVISTADA 08)*

*“Nos atendíamos aqui no HD, somente psicóticos e neuróticos graves, mas depois de muitas discussões de equipe e considerando o número de dependentes químicos e alcoolistas, que tem chegado, nos estruturamos e elaboramos um programa para dar conta desta problemática e muito recentemente estamos atendendo também essa população.” (ENTREVISTADA 06)*

Com relação ao trabalho desenvolvido nos serviços de hospitalização parcial, diferentes autores (BANZATO *et al.*, 1993; ZUSMAN, 1995; LIMA, 1999) vêm apontando consensualmente a necessidade de uma equipe multidisciplinar que possa elaborar e desenvolver o trabalho terapêutico, enfatizando as formas de atendimento grupais.

Esses aspectos foram citados pelas terapeutas ocupacionais entrevistadas. Todos fizeram referências a existência de uma equipe multidisciplinar.

*“O trabalho com os grupos é coordenado por vários elementos da equipe técnica do HD (...) a recreação é feita em grupo pela recreacionista. A enfermagem faz também um trabalho com grupos. As reuniões com os grupos de familiares são coordenadas pela psicologia. Os grupos de psicoterapia são coordenados pelos médicos. (...) cada*

*um tem um embasamento teórico, não tem uma coisa homogênea. (...) as abordagens em grupo, elas diferenciam conforme o coordenador (...) Hoje por exemplo, o pessoal que está trabalhando com família está iniciando um trabalho com uma abordagem da psico-educação.” (ENTREVISTADA 14)*

*“Na reunião de equipe a gente acaba elaborando o projeto terapêutico dos pacientes aqui do CAPS (...) a gente discute, a gente avalia mesmo (...) assim a gente tem mais resolutividade.” (ENTREVISTADA 05)*

Percebi nos relatos das entrevistadas, a existência de uma equipe multidisciplinar foi apontada como necessidade fundamental para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos nos serviços do tipo H.D. e CAPS. Este trabalho de equipe, construído cotidianamente, coloca os profissionais diante de situações que necessitam ser sistematicamente analisadas e reavaliadas, pois só assim podem possibilitar a superação dos desafios e construção de uma prática realmente efetiva que objetiva a reabilitação psicossocial.

Com relação aos grupos de atividades coordenados pelas entrevistadas nos serviços de hospitalização parcial — H.D. e CAPS — alguns aspectos podem ser ressaltados. Estes relacionam-se à periodicidade dos atendimentos, tempo de duração, tipo de grupo e características das atividades. Os relatos que se seguem expressam alguns desses aspectos.

*“... no CAPS, tem grupo de T.O que acontece três vezes por semana, (...) outro que acontece duas vezes por semana. (...) a gente faz um contrato com o grupo e ele deve acontecer uma hora, uma hora e quinze minutos, uma hora e meia.” (ENTREVISTADA 05)*

*“Nós temos hoje três grupos. São três grupos de T.O e três de psicoterapia que não têm a mesma composição.” (ENTREVISTADA 10)*

*“... aqui dentro a gente trabalha com projetos abertos (...) e os projetos fechados, que a gente chama de grupos terapêuticos. Os grupos terapêuticos são os grupos verbais,*

*que na verdade são os psicólogos que coordenam e os grupos de T.O. (...) o grupo de T.O. tem em média oito pacientes. Os grupos abertos não têm um limite de pacientes definido.” (ENTREVISTADA 11)*

*“ ... é assim, é um grupo aberto, é muito dinâmico, tem de dez a quinze pacientes, dependendo do dia, da atividade, dos paciente que estão no CAPS.” (ENTREVISTADA 07)*

Os relatos das entrevistadas expressaram que a periodicidade de atendimento dos grupos de atividades que ocorrem nas enfermarias de psiquiatria em hospital geral e nos serviços de hospitalização parcial — H.D. e CAPS — varia. No H.D., conforme já apresentado, os atendimentos aconteciam diariamente e, no CAPS, os atendimentos aconteciam numa periodicidade que variava entre duas a três vezes por semana. O tempo de duração dos atendimentos é de uma hora a uma hora e meia. Além disso, observou-se a existência tanto de grupos abertos, com de grupos fechados. Quando fechados, o número de participantes variava entre cinco a oito pacientes e quando abertos, o número de pacientes variava entre dez a quinze.

No que se refere à dinâmica de funcionamento dos grupos de atividades, os relatos que se seguem ilustram algumas situações relativas à utilização da atividade.

*“Nesse grupo que é aberto, o momento é do usuário (...) eu procuro não interferir, (...) eu procuro estar próxima de cada um , a cada momento , especialmente em relação a atividade, o que ele esta desenvolvendo. Procuro estar vendo se ele precisa de alguma coisa, o que a gente poderia estar vendo para ele.(...) Tem um outro grupo que é fechado, aí os objetivos são mais voltados para o trabalho. (...) O objetivo é desenvolver o potencial desses usuários para o trabalho.” (ENTREVISTADA 07)*

*“Neste grupo formado de pacientes psicóticos, eu valorizo a comunicação não verbal , o trabalho voltado para expressão, a livre escolha da atividade. Desde o momento que o paciente chega, as vezes você pode perceber como ele está (...) como se relaciona com os companheiros, como pega o material, como escolhe a atividade, (...)*

*como ele entrou no grupo e como ele está saindo (...) todos esses são momentos de avaliação.” (ENTREVISTADA 05)*

Os relatos apresentados (07) e (05) expressam que, ao estarem inseridos nos grupo de atividades, os pacientes escolhem livremente as atividades, ou as atividades são indicadas pela terapeuta ocupacional — coordenadora do grupo dirigindo-se a objetivos específicos — como desenvolver o potencial do usuário para o trabalho — são introduzidas no contexto do atendimento grupal. A relação que o paciente estabelece com os demais integrantes do grupo, com a terapeuta e com a atividade pode possibilitar dados de avaliação.

Outros aspectos, relativos à utilização da atividade, foram expressos nos relatos das entrevistadas.

*“No CAPS, todos da equipe trabalham com a atividade (...) não é uma função de ser psicólogo, de ser terapeuta ocupacional, de ser psiquiatra ou de ser enfermeiro. É em função de se trabalhar em saúde mental. Eu acho que é um ganho para esses pacientes, a equipe poder entender que tem que lançar mão de outros recursos que não o verbal. (...) ao mesmo tempo, um grupo que usa a atividade e que é desenvolvido por outro profissional (...) não é a mesma coisa, porque eu acho que não tem o olhar, que não a técnica, não tem a formação. (...) são esses aspectos específicos que faz o grupo ser de Terapia Ocupacional.” (ENTREVISTADA 11)*

*“Uma coisa que tem me preocupado muito dentro da instituição.(...) Hoje as pessoas têm se dado conta que o fazer uma atividade é muito bom, dá resultados,(...) mas tem uma coisa muito específica no fazer a atividade que eu acho que é do terapeuta ocupacional. É a análise de atividade (...) a gente vai analisar desde o material, o que isso pode implicar ou não, o que isso vai favorecer ou não, então o uso que o terapeuta ocupacional fugaz da atividade é bem diferente de outros profissionais.” (ENTREVISTADA 09)*

Chamou-me a atenção nos relatos apresentados (11) e (09), o fato das entrevistadas referirem-se ao uso de atividades por outros membros da equipe técnica nos

serviços em que estavam inseridas. Salientei, anteriormente, que os serviços de hospitalização parcial — H.D. e CAPS — enfatizavam diretrizes onde as propostas técnicas contemplavam uma diversidade de atividades e programações terapêuticas. Nesta perspectiva, diferentes profissionais da equipe técnica formularam propostas de atendimento aos pacientes, utilizando-se de atividades. No entanto, para as terapeutas ocupacionais entrevistadas, o uso que fazem da atividade é diferenciado quando comparado aos outros membros da equipe. A análise da atividade, as técnicas utilizadas e a formação são apontadas como fatores que determinam essa diferenciação e, conseqüentemente, a especificidade da Terapia Ocupacional.

### **6.1.3. Os Ambulatórios de Saúde Mental e os Centros de Saúde**

Algumas das profissionais entrevistadas que desenvolviam suas atividades clínicas o faziam inseridas em ambulatórios de saúde mental de hospitais gerais universitários.

A assistência em saúde mental nos ambulatórios dos hospitais gerais deve ser organizada considerando-se a existência de uma clientela que apresenta demandas específicas, com características bem definidas e a prioridade do atendimento integrado, regionalizado, hierarquizado e multidisciplinar. Dentre a clientela assistida incluem-se três sub-grupos de pacientes: os somatoformes; os acometidos por doenças orgânicas; e as síndromes mentais orgânicas. A demanda de pacientes psiquiátricos tradicionais deve inserir-se em áreas programáticas da unidade. (BOTEGA, 1995)

De modo geral, a assistência pode variar desde consultas psiquiátricas clínicas até propostas que, do ponto de vista terapêutico, mostram-se mais elaboradas. As técnicas grupo-terápicas e as psicoterapias têm sido ultimamente muito valorizadas.

As características do ambulatório de saúde mental em hospitais gerais universitários apresentam algumas diferenças em relação aos ambulatórios de saúde mental

subordinados à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que são desvinculados de hospitais gerais, especialmente no que se refere às características da população atendida. Nestes últimos, a proposta de atendimento tem por objetivo a integração entre as unidades básicas de saúde e ambulatórios de hospital psiquiátrico.

Notei que as terapeutas ocupacionais que atuavam em ambulatórios de saúde mental dos hospitais gerais universitários desenvolviam suas atividades clínico-assistenciais junto a uma clientela que apresentava a demanda psiquiátrica tradicional, inserindo-se, portanto, em áreas programáticas da unidade. Suas atividades eram dirigidas prioritariamente ao atendimento de grupos com pacientes psicóticos e algumas citaram grupos de usuários de droga.

Somente uma das profissionais entrevistadas atuava num centro de saúde. De modo geral, as ações de saúde mental num centro de saúde (como também em unidades básicas de saúde) devem ser as mais resolutivas possíveis e devem ser determinadas a partir do perfil da clientela da área de cobertura. Para que essas ações possam ser efetivamente resolutivas, deve-se dar prioridade ao trabalho multidisciplinar, enfatizando-se as diferentes modalidades terapêuticas e buscando-se um trabalho de articulação entre toda a equipe técnica. (RIBEIRO, 1999)

Essas ações devem caracterizar-se como sendo de atenção primária, buscando integração entre profilaxia e tratamento, considerando-se os limites pertinentes de atuação e complexidade deste tipo de serviço. No geral, essas unidades básicas não se caracterizam como específicas de atendimento à saúde mental, e sim da saúde geral.

As propostas e diretrizes que objetivam a inserção da equipe multi-disciplinar de saúde mental nestas unidades exigiram readequação dos programas de saúde já existentes.

Os relatos que se seguem expressam aspectos relativos aos grupos de atividades desenvolvidos em ambulatórios de saúde mental e centros de saúde.

*“No ambulatório, eu atendo um grupo duas vezes por semana. (...) são oito pacientes (...) é um grupo misto e fechado, mas eu também atendo outros grupos, alguns abertos.” (ENTREVISTADA 12).*

*“Esse grupo é fechado (...) eu atendo outros grupos no centro de saúde (...) quando eu chamo de grupo fechado, eu estou dizendo (...) é um grupo que tem um número delimitado de participantes, a entrada ou saída é sempre comunicada (...) quando a gente pensa em colocar alguém no grupo, tem sempre uma conversa, uma preparação. (...) a gente tem uma exigência de horário, é um grupo que dura uma hora uma hora e meia, ele é feito semanalmente.” (ENTREVISTADA 02)*

Os grupos de atividades acontecem com uma periodicidade que varia entre um a dois atendimentos semanais. Podem ser caracterizados como grupos abertos e fechados. O fato do grupo ser aberto ou fechado, implica diretamente numa relação com o número de participantes do grupo. No caso dos grupos fechados, o número de participantes varia entre cinco a oito.

Com relação à dinâmica de funcionamento do grupo, os relatos que se seguem ilustram algumas situações.

*“Eu acho que a idéia do grupo aberto é de que todos estão ali para uma intervenção (...) isso é fundamental, (...) nessa situação, você acaba tendo que ensinar uma atividade, indicar, sobrepor etapas, pular etapas, pois isso faz sentido para a que depois você possa dar continuidade.(...) Você faz um diagnóstico desse fazer.” (ENTREVISTADA 04)*

*“Eu procuro valorizar a forma com que o paciente faz no grupo, a gente supervaloriza o inter-relacionamento. Então, o que é uma grande preocupação é favorecer o contato de uma com as outras e crescer isso. ( ) a gente se preocupa muito em sair, as vezes que tem algum evento, a gente fica sempre tento levar os pacientes, tem um pouco esse caráter de ampliar as relações. (...) A gente tenta ver o que o paciente pode fazer, no ele quer trabalhar, como ele consegue se relacionar e de que forma, quais os interesses dele.” (ENTREVISTADA 02)*

## 6.2. A CONSTITUIÇÃO E A FORMAÇÃO DOS GRUPOS DE ATIVIDADES

Segundo GRINBERG *et al.* (1976), a etapa de constituição de um grupo terapêutico de base analítica deve ser uma das primeiras preocupações do terapeuta – líder formal de um grupo. Em outros termos, o líder formal de um grupo deve proceder no sentido de constituí-lo da forma mais adequada possível.

Entrevistas e sessões individuais realizadas com os possíveis integrantes de um grupo seriam previamente indicadas para se constituir o grupo. Entretanto, autores como FOULKES & ANTHONY (1967) e GRINBERG *et al.* (1976) descrevem que efetivamente o mais indicado no sentido de constituir um grupo seria que os pacientes fossem entrevistados e encaminhados por outro profissional. Tais autores partilham a idéia de que muitas informações prévias podem predispor a uma maior intelectualização, o que poderia restringir a emergência de reações emocionais. Sendo assim, somente dados como sexo, idade, nível intelectual-social e diagnóstico seriam suficientes para constituir um grupo.

### 6.2.1. Tipos de grupos

O trabalho desenvolvido pelo coordenador de grupos terapêuticos, no sentido de constituir um grupo, pode-se dar a partir de diferentes aspectos. Alguns critérios de seleção, bem como o propósito e os objetivos do próprio grupo devem ser considerados.

Os princípios específicos de seleção dos integrantes de um grupo estão relacionados a três tipos principais, que são:

1. grupo heterogêneo, 2. grupo intermediário e 3. grupo homogêneo.

*“(1) O grupo heterogêneo – Trata-se de um grupo de diagnóstico e distúrbios reunidos lado a lado a fim de produzir uma mistura bem equilibrada e terapêuticamente eficaz. O processo de combinação pode basear-se em diagnóstico (psicóticos com psiconeuróticos), no temperamento (pacientes extrovertidos com*

*timidos), participação verbal (pacientes faladores e silenciosos), etc ... Quanto maior a distância entre os tipos polares, maior será o potencial terapêutico, caso o grupo possa suportá-lo. (2) O grupo intermediário - Neste caso, tenta-se combinar as personalidades; (...) (3) O grupo homogêneo - Do ponto de vista da pesquisa, este talvez seja o tipo de grupo mais promissor. Os pacientes podem ser selecionados com base em alguma síndrome, isto é, uma fobia comum, ... ou com base em algum problema comum... Mais uma vez, deve-se ter em mente que problemas idênticos podem suscitar sintomas bastante distintos, da mesma maneira que sintomas semelhantes podem ser resultados de problemas muito diferentes". (FOULKES & ANTHONY, 1967, p. 90-1)*

Outro aspecto a ser considerado relaciona-se à própria estrutura do grupo. Esta pode ser definida como fator que proporciona ao grupo as características de seu reconhecimento. Considerando-se a estrutura de um grupo, podemos qualificá-lo como grupo aberto ou fechado.

Grupo aberto é aquele em que os participantes podem ser substituídos por outros integrantes, quando há o abandono. Desta forma, o contexto varia sistematicamente. Já o grupo fechado é aquele que não há ingressos de novos participantes após o início do processo terapêutico, de modo que, caso ocorra a saída de um dos participantes, este não é substituído. (GRINBERG *et al.*, 1967)

FOULKES & ANTHONY (1967), ao se referirem à estrutura do grupo, designam outro tipo, denominado de “grupo pouco aberto”, o qual pode constituir uma maneira de estabelecer um compromisso entre os grupos fechado e aberto, permitindo que um novo participante possa ser inserido no grupo para completar a saída de outro. O “grupo pouco aberto” possibilita a adaptação a diferentes exigências.

De modo geral, GRINBERG *et al.* (1976) e FOULKES & ANTHONY (1967) ressaltam que os grupos fechados são mais adequados às terapêuticas mais intensivas, sendo ideal para o desenvolvimento de pesquisas na área da psicopatologia.

As opiniões quanto ao número de participantes em um grupo terapêutico são bastante variadas. Para FOULKES & ANTHONY (1967), a constituição de um grupo, no que se refere ao número de participantes, deve variar de acordo com os objetivos da terapêutica. Da mesma maneira, o número de participantes de um grupo também determina os limites da terapêutica. Desta forma, para iniciar o trabalho grupal, três participantes seriam necessário; uma variação ideal contemplaria de sete a oito participantes; já nos grupos de livre discussão, clube e comunidade o número de participantes é bastante superior e variável. PAIVA (1991) salienta que a composição de um grupo psicoterápico deve conter no máximo dez participantes, diferentemente da dinâmica operativa de grupo, que pode conter até vinte e cinco participantes.

No que se refere à constituição dos grupos, as terapeutas ocupacionais – coordenadoras de grupos de atividades vivenciaram diversas situações e, conseqüentemente, os grupos foram formados de diferentes maneiras. Estas, na maioria das vezes, se relacionaram ao contexto do serviço em que as profissionais estavam inseridos.

De fato, o modo como os grupos se constituem em uma instituição, em específico os grupos de atividades, não é o mesmo. Devemos considerar uma diversidade de aspectos, que vão desde o perfil da clientela atendida, os objetivos do serviço e do tratamento, e a composição da equipe técnica.

Na primeira parte deste capítulo, ressaltai que um grupo não existe de forma autônoma e separada da realidade em que se insere e que essencialmente o circunscreve. Sendo assim, os grupos de atividades foram constituídos nos serviços em que atuavam os terapeutas ocupacionais entrevistados, a partir de diferentes formas de encaminhamentos e de critérios de seleção.

*“ ...tem dois anos que eu estou no Centro de Saúde, é legal eu falar sobre isso, quando eu cheguei no Centro de Saúde, nunca tinha tido Terapia Ocupacional lá, nunca tinha tido equipe de saúde mental. Tinha só um psiquiatra (...) Então quando a gente chegou,*

*primeiro que não tinha encaminhamento para a Terapia Ocupacional, porque ninguém nem sabia o que era Terapia Ocupacional, e depois quando começou a ter encaminhamento, essa demanda, tudo podia ser paciente de Terapia Ocupacional. Então demorou um tempo muito grande para poder organizar essa demanda, o que fica, o que não fica, o que encaminha (...) os pacientes mais graves de um Centro de Saúde, quer dizer, hoje eu questiono isso, são os psicóticos. Então foi o primeiro ponto que eu peguei. Eu fiz um levantamento de todos os pacientes psicóticos e comecei a convocar esses pacientes. Comecei avaliar esses pacientes psicóticos... Desses pacientes, tem cinco que estão em grupos de atividades...” (ENTREVISTADA 02)*

No relato acima, percebe-se que os encaminhamentos de pacientes para os atendimentos em Terapia Ocupacional eram realizados inicialmente indiscriminadamente, por outros profissionais da equipe que atuavam naquele serviço. Desta forma, a seleção de pacientes para que se constituíssem os grupos de atividades foi efetuada pela própria terapeuta ocupacional — coordenadora, sem a participação direta da equipe técnica do serviço, considerando-se os objetivos a que se destinava.

Já em outros serviços onde atuavam as terapeutas ocupacionais entrevistadas, os encaminhamentos para a constituição dos grupos de atividades foram realizados a partir da indicação e seleção da equipe técnica do serviço, que incluía, outros profissionais da área da saúde como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

*“Os pacientes são encaminhados para os grupos de atividades, através da reunião de equipe. A gente tem reunião de equipe semanal, aí a gente discute o caso do paciente clinicamente, fala como o paciente está, hipóteses são levantadas sobre o diagnóstico e os encaminhamentos são feitos para as diferentes modalidades terapêuticas disponíveis no serviço.” (ENTREVISTADA 01)*

Em alguns casos, os grupos de atividades foram constituídos considerando-se a rotina e programação do serviço.

*“Nós temos uma enfermaria com dezesseis leitos, a característica da população que a gente atende é de pacientes doentes mentais graves, em crise aguda (...) Os grupos de*

*atividades são abertas. Como tem dezesseis pacientes, normalmente, chega um ou outro sem condições de participar. O que a gente procura fazer antes do atendimento é conhecer um pouco esse paciente individualmente.” (ENTREVISTADA 03)*

Os relatos das entrevistadas (02), (01) e (03) sugerem a utilização de procedimentos que avaliaram direta ou indiretamente os pacientes a serem inseridos nos grupos de atividades. Tais procedimentos essenciais contribuem decisivamente para a seleção e constituição de um grupo terapêutico.

No caso específico dos pacientes que constituíram os grupos em Terapia Ocupacional, os procedimentos de avaliação não se restringiram ao diagnóstico psiquiátrico.

*“O critério de seleção para inserir o paciente no grupo, eu acho que é uma questão que eu não sei se é correta, mas na verdade é muito empírica, o critério é muito particular de quem está triando e fazendo a seleção (...) a gente pensou que deveriam ser pessoas que tenham condições mínimas de conseguir estar no meio de outras pessoas, que não estivessem em sofrimento psíquico muito intenso (...) acaba sendo um critério acima do que você sente, do que está vendo, (...) não sei se dá para entender.” (ENTREVISTADA 13)*

*“... então eu comecei pelo grupo de pacientes psicóticos, esse grupo, porque assim, quando eu chamo de pacientes psicóticos, eu não estou me referindo a um grupo só de esquizofrênico, eu tenho pacientes com alteração de humor, eu tenho um paciente com uma neurose grave (...) então não é por diagnóstico psicopatológico que a gente selecionou o grupo, mas por condições dessas pessoas conviverem (...) Por exemplo a gente tem um paciente, é difícil falar pelo nome, mas o diagnóstico que uma terapeuta ocupacional faz, no momento de introduzir um paciente no grupo... é um diagnóstico que tem a ver com a situação do indivíduo naquele momento. Ele pode ser neurótico... e pode estar se beneficiando de um grupo de psicóticos, porque ele está tão grave... é então muito baseado na forma como esse indivíduo se relaciona, de que forma ele consegue ficar.” (ENTREVISTADA 02)*

*“... dificuldades de relacionamento, de verbalização e de pragmatismo. Eu acho que são três aspectos principais que utilizo como critério para seleção.”*  
(ENTREVISTADA 12)

A perspectiva de procurar entender o paciente como um todo (sua história de vida, familiar, ocupacional, etc.) e sobretudo a compreensão e o diagnóstico da situação e das condições (forma de se relacionar, estado geral, pragmatismo) apresentadas pelo paciente no momento de encaminhá-lo e selecioná-lo para um grupo é de fundamental importância para o terapeuta ocupacional. Essa compreensão do paciente como um todo, segundo BENETTON (1994), possibilita o estabelecimento do diagnóstico situacional, podendo ser:

*“... estabelecido pela análise das condições socioemocionais imediatas com as quais o indivíduo se apresenta para nossa observação. Lançamos mão, além disso, da composição diagnóstica — contamos com os diagnósticos psiquiátricos, psicológicos, psicanalíticos, de serviço social e de enfermagem. Adicionalmente, os dados socioeconômicos, sociopolíticos e culturais são muito importantes. O diagnóstico situacional em Terapia Ocupacional não é classificatório e sim específico para cada caso e situação. Dependendo da situação podemos emprestar diagnósticos de outras áreas para agrupar nossos casos para estudo, pesquisa e projetos de intervenção...”*  
(BENETTON, 1994, p.119-120)

A compreensão de todos esses aspectos relativos à situação diagnóstica, associados aos critérios de seleção e à idéia de “adaptabilidade” descrita por FOULKES & ANTHONY (1967), pode levar a terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades — à constituição de grupos “altamente selecionados”.

Os relatos das terapeutas ocupacionais entrevistadas revelam algumas características dos grupos de atividades constituídos.

*“Este grupo é bastante heterogêneo, participam pessoas muito comprometidas(...) tem desde de um senhor que é psicótico, até um rapaz que tem uma deficiência mental associada e que não tem condições de fazer muita coisa.”* (ENTREVISTADA 11)

*“ ... o critério para entrar no grupo é a própria constituição do grupo. Como o grupo está, (...) a grosso modo é poder compor um grupo não só de pessoas tão comprometidas (...) de poder pensar um grupo mais misto mais heterogêneo. Por exemplo entraram nesse grupo duas pacientes mais histéricas, e esse foi muito legal, foi muito interessante para o grupo. Para os pacientes, para os homens, principalmente os mais velhos.” (ENTREVISTADA 10)*

*“ ... os grupos se formam a partir da internação (...) todo ponto de partida é a internação. Basta estar internado para participar. Mas existem situações que o grupo funciona como agente ansiogênico. Esta situação é detectada, é avaliada com a equipe e é colocado em aberto para a pessoa se ela quer participar ou não daquele grupo(...)são grupos heterogêneos e abertos.” (ENTREVISTADA 15)*

Pude notar, a partir da ilustração dos relatos (11), (10) e (15), que os grupos de atividades eram prioritariamente heterogêneos. Tal característica pode ser observada em todos os demais relatos das entrevistadas.

*“Esse é o grupo de TO (...) é um grupo aberto, que a gente chama, quer dizer é um grupo aberto porque tem entradas e saídas de integrantes.” (ENTREVISTADA 10)*

*“ ... porque os grupos são fechados, então assim, a gente pensa em grupos fechados, não com tempo de acabar, mas o número de pacientes na verdade é mais ou menos fixo, acaba tendo entrada de pacientes novos, no meio do processo.” (ENTREVISTADA 13)*

*“ ... então hoje a forma que eu trabalho é assim: é um grupo aberto no sentido de que eles até tem a flexibilidade de entrar e sair por não tolerarem ficar no grupo, mas a intenção é que a gente tente ao máximo que eles estejam com a gente, pelo menos se é só para beber água, ir ao banheiro, a gente tenta resgatar que eles fiquem no grupo. Quando eles não conseguem, que faz parte do sintoma, eles podem sair.” (ENTREVISTADA 01)*

*“ ... ele é fechado. Esse grupo é fechado. Esse grupo vem caminhando junto, quando eu chamo de grupo fechado, eu estou dizendo assim, tem um grupo que está formado,*

*não é fechado no sentido de ter tempo, eu acho que tem uma diferenciação teórica aí, né? É assim, é um grupo que tem um número delimitado de participantes, a entrada ou saída é sempre comunicada ao grupo, tem sempre uma comunicação. Quando a gente pensa em colocar alguém no grupo, tem sempre uma conversa, tem sempre uma preparação.” (ENTREVISTADA 02)*

Os relatos ilustrados permitem observar que as terapeutas ocupacionais entrevistadas, no que se refere à estrutura dos grupos de atividades, quanto a serem abertos ou fechados, apresentam entendimentos diferenciados. Enquanto que, no relato (10), o entendimento de grupo aberto associa-se à idéia da entrada de um integrante novo no processo terapêutico, no relato (01), deparei-me com o entendimento de grupo aberto como sendo aquele que tem a flexibilidade de permitir a entrada ou a saída de integrantes do grupo de atividade, durante o atendimento. Com relação ao entendimento dos grupos fechados pude observar que, em termos conceituais, eles se relacionam mais à definição de “grupo pouco aberto”, descrita por FOULKES & ANTHONY (1967), do que propriamente à definição de grupos fechados.

Estes entendimentos diferenciados expressos através dos relatos parecem apontar para algumas confusões conceituais, quando adotam-se como referenciais teóricos os grupos terapêuticos de base psicodinâmica, mas também remetem à reflexão acerca da escassez de conhecimentos próprios da Terapia Ocupacional nesse campo específico.

Com relação ao aspecto estrutural dos grupos de atividades, especialmente no que se refere ao número de participantes, pude depreender dos relatos situações bastante diversas.

*“ ... esse grupo tem pacientes que já estão há muito tempo e alguns são novos e são pacientes muito graves, assim, esquizofrênicos, talvez a maioria (...) olha, hoje eu acho que nós estamos com uns doze pacientes.” (ENTREVISTADA 10)*

*“Olha, é mínimo de quatro pessoas para se ter um grupo. Um grupo bom é em torno de oito a dez pacientes, porque aí nos colocamos sempre o coordenador e mais três*

*co-terapeutas. Em torno assim de doze treze pessoas, entre a equipe e os pacientes. É um número bom.” (ENTREVISTADA 15)*

*“A gente específica aí um número de seis a oito pacientes. Depende muito assim, pensando em pacientes de ambulatório que não estão em crise, ou se são pacientes da enfermaria.” (ENTREVISTADA 13)*

*“... o ambulatório era um grupo de oito. Esse que eu estou montando vai ser por volta de cinco pacientes, por conta da restrição da sala, o tamanho da sala é muito pequeno.” (ENTREVISTADA 12)*

Os relatos ilustram situações em que os grupos de atividades eram compostos por seis participantes, bem como grupos com até doze participantes. Em um dos relatos, foram considerados todos os participantes do grupo, incluindo a coordenadora e os co-terapeutas; já nos demais relatos, as entrevistadas, ao se referirem ao número de participantes do grupo, consideraram apenas os pacientes.

Outro aspecto significativo está associado à idéia de que o número de participantes de um grupo de atividades está diretamente relacionado às características dos serviços, considerando-se os objetivos e as propostas, o estado de estruturação mental dos pacientes (o perfil da clientela) que podem vir a compor um grupo e as condições que este oferece, como, por exemplo, o espaço físico destinado ao atendimento do grupo. Estes aspectos parecem reafirmar a importância do contexto dos serviços e a idéia de que um grupo não existe de maneira autônoma.

### **6.2.2. O contrato e a constituição do *setting* terapêutico**

Considerando o referencial teórico psicodinâmico, ETCHEGOYEN (1987) ressalta que o objetivo do contrato é definir concretamente em que bases o trabalho será realizado. Tanto o paciente como o terapeuta devem ter a idéia clara dos objetivos e expectativas que podem permear o processo terapêutico. Colocado desta forma, o contrato

é um importante ponto de referência. A partir dele se definem regras, como horário, tempo de atendimento, periodicidade dos atendimentos, local.

O contrato, o espaço físico e os recursos materiais constituem o *setting* terapêutico. O *setting*, portanto, pode ser entendido como sendo a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento e o trabalho terapêutico.

BLEGER (1977), ao estudar detalhadamente o enquadramento psicanalítico, propõe a utilização do termo situação psicanalítica ao invés de *setting*. Ressalta que Winnicott, ao se referir ao *setting* o define como a somatória de todos os detalhes da técnica.

*“Proponho – por razões que se explicitarão no desenvolvimento do tema – a adoção do termo situação psicanalítica para a totalidade dos fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre analista e paciente. Tal situação abarca fenômenos que constituem um processo, ou seja, o que é objeto de nossos estudos, análises e interpretações; mas inclui também um enquadramento, isto é, um ‘não processo’, constituído pelas constantes, pelos marcos em cujo interior se desenvolve o processo”.*  
(BLEGER, 1977, p.311)

Ressalta, ainda, que no enquadramento psicanalítico devem ser incluídos o papel do analista, o conjunto de fatores ambientais e temporais e toda a parte da técnica. Desta forma, o enquadramento pode ser entendido como aquilo que diz respeito às constantes de um fenômeno, (de um método ou técnica) e o processo estaria relacionado ao conjunto de variáveis.

Em Terapia Ocupacional, BENETTON (1994) salienta que o *setting* é constituído por um local que deve possibilitar o desenvolvimento de diversas atividades. Além disso, é um espaço que recebe as influências das características do profissional que o coordena.

Os relatos das entrevistas que se seguem expressam de que maneira esses profissionais se referiram ao *setting* da Terapia Ocupacional, considerando o contexto de atendimento grupal.

*“ Quando eu me refiro ao setting, eu falo da questão do horário, do local, do dia de atendimento do grupo, quando há mudança de horário, que você está ali para coordenar um grupo, que é você que vai estar cuidando da questão do material, se for o caso, ensinando atividades. ” (ENTREVISTADA 12)*

*“ ... O setting que eu tenho para trabalhar, é muito desorganizador (...) Então é uma grande dificuldade. Eu acho muito importante a constituição do setting. O setting, que no meu ponto de vista seria ideal, seria um setting onde eu tivesse o maior número de possibilidades para oferecer para os pacientes, em termos de material e em termos de espaço mesmo (...) então eu fico pensando, que uma sala maior, uma sala onde eu pudesse organizar melhor os materiais, onde os pacientes pudessem circular um pouco mais independente (...) e eu acho que um setting de Terapia Ocupacional, tem que ser um setting facilitador de experiências, né. (...) E tem uma outra coisa, eu acho que também constitui o setting da Terapia Ocupacional, o interesse do terapeuta ocupacional (...) eu acho que isso tem que compor o setting. Eu acho que a gente é parte fundamental. Não adianta nada a gente ter uma sala enorme linda e cheia de material e só trabalhar com argila por exemplo. Então essa composição do setting também diz respeito a formação do terapeuta ocupacional (...) o terapeuta ocupacional e a forma com que ele se utiliza dos materiais compõe o setting também (...) O contrato com os pacientes é um contrato em que a palavra chave é o de fazer coisas, né. é o que determina o encontro. ” (ENTREVISTADA 02)*

*“Eu não sei se eu não estou contaminada por esses meus oito anos, que essa coisa da identidade profissional ficou um pouco diluída, mas assim, eu acho que o setting da Terapia Ocupacional é tão importante quanto o setting que do psicólogo (...) a gente trabalha sim, com uma coisa que eu acho importante dizer, que é o fato de se produzir alguma coisa no grupo de Terapia Ocupacional, ou um texto, ou uma pintura, ou um papel rabiscado, ou qualquer coisa que seja. ” (ENTREVISTADA 06)*

“... olha, eu acho que num *setting* a gente tem que considerar elementos como espaço físico, materiais, equipamentos, móveis, o próprio terapeuta ocupacional, o grupo, os pacientes, enfim, o enquadre (...) tem o horário, tem o tempo de funcionamento, tem o contrato. O contrato é super importante, tem que ter esse enquadre (...) eu vejo uma relação direta quando muda alguma coisa no enquadre. Quando a gente não refaz o contrato com o grupo e discute essas alterações no grupo, isso interfere muito.”  
(ENTREVISTADA 10)

Nos relatos apresentados, pode constatar que, para algumas das profissionais entrevistadas, o *setting* terapêutico ocupacional está diretamente relacionado ao contrato que se estabelece com o grupo e todos seus elementos constituintes (horário de atendimento local, material entre outros aspectos), incluindo-se a idéia do fazer, da ação. Chamou a atenção o relato da entrevistada (10) que, além de referir-se a todos os aspectos descritos, como elementos constituintes do *setting* terapêutico ocupacional, incluiu a figura da terapeuta ocupacional como elemento fundamental do *setting*, aproximando-se das idéias descritas por BENETTON (1994).

### **6.2.3. A preparação do ambiente e dos recursos materiais**

A preparação do ambiente e dos recursos materiais a serem utilizados no atendimento de um grupo são importantes elementos na constituição do *setting* terapêutico ocupacional. Estes devem ser trabalhados pelo coordenador do grupo já na etapa de planejamento e preparação do grupo.

Nas terapias analíticas de grupo, é comum que os terapeutas organizem o espaço físico de modo a colocar cadeiras em círculos, permitindo que cada integrante do grupo veja todos os outros integrantes, assim como o terapeuta — coordenador do grupo.

De acordo com KANDIS *et al.* (1976), a terapêutica de grupo pode ser organizada de maneira a englobar ampla escala de situações terapêuticas (atendimento de crianças, adultos, entre outros). A organização do espaço físico e a disposição do

mobiliário, bem como outros recursos materiais, devem ser determinados pelo terapeuta do grupo. Este deve considerar adequadamente a necessidade de seus pacientes, sem perder de vista a influência e os efeitos que o espaço físico (cor da sala, proporções métricas, disposição do mobiliário, etc.) pode ter sobre os integrantes do grupo.

No caso dos grupos de atividades em Terapia Ocupacional, os integrantes se reúnem no local de atendimento, sob a presença da terapeuta ocupacional, para vivenciarem experiências relacionadas ao fazer. Fazer uma atividade implica, na maioria das vezes, uma ação e uso de materiais.

Os materiais e equipamentos que podem ser utilizados em Terapia Ocupacional são bastante diversificados. Os relatos abaixo ilustram como algumas das entrevistadas, terapeutas ocupacionais — coordenadoras de grupos de atividades — se referiram aos materiais e equipamentos que compõem os setores de Terapia Ocupacional, onde se realizam os atendimentos.

*“ ... então eu entendo que o que compõe o setting da Terapia Ocupacional além de todo espaço físico é tudo que tem dentro daquele lugar ou até mesmo quando a gente sai daquele lugar e vai para outro. É engraçado porque a gente passou uma fase (...) de contratação de terapeutas ocupacionais, e quando a gente foi contratar, todos os terapeutas que vinham, todo mundo achava que a gente tinha muita coisa, muito material e que não era essa a realidade, mas eu não sei se não é ou se a gente se acostuma a trabalhar com poucos materiais.. Então a coisa do material vai por uma questão muito pessoal. A gente tentou escolher os mais variados, a gente tem um tear, um cavalete para pintura em tela, um fogão, geladeira(...) Nós fizemos uma lista e aí o administrador do hospital dizia: na cozinha têm que ter microondas, têm que ter máquina de lavar louça, mas muitas dessas pessoas que utilizam o serviço não têm nem o que comer, assim microondas é o máximo do máximo, nesse sentido, não adianta a gente oferecer uma coisa que não têm haver com a realidade dos pacientes, mas mesmo assim o material tem que ser variado, a gente tem argila, tinta, tecido, máquina de costura, papel, revista, não tenho nada contra papel e revista, mas acho que a gente pode oferecer outras coisas que não seja só isso.” (ENTREVISTADA 13)*

“... pintura em tela, só que tem material que acaba muito rápido. E aí quando você pede leva um tempo muito grande para aparecer, então por exemplo, eles gostam muito quando a gente têm tela (...) lápis de cor, canetinhas (...), a gente trabalha muito com papel, com cartolina, com dobraduras.” (ENTREVISTADA 03)

“Acho que hoje, o recurso material a gente consegue o básico, o papel, o lápis, a revista a colagem. Não tem altas tecnologias.” (ENTREVISTADA 07)

Estes fragmentos mostram que as terapeutas ocupacionais entrevistadas enfatizam a importância da diversidade dos materiais na composição do *setting* de Terapia Ocupacional. Materiais como lápis, papel, tinta e revistas foram frequentemente os mais citados e utilizados no *setting* de atendimento grupal. No entanto, somente em alguns dos relatos constatou-se a importância da utilização e da diversidade de materiais na composição do *setting* de Terapia Ocupacional no contexto de atendimento grupal.

Os fragmentos das entrevistadas (13), (03) e (07) sugerem que as terapeutas ocupacionais talvez estejam acostumadas a trabalhar com poucos recursos materiais. A esse respeito, BENETTON (1994) salientou que as terapeutas ocupacionais brasileiras são “fadas bruxas”, pois procuram manter magicamente seus pacientes realizando atividades com quase nada de material, já que, no geral, as condições das salas de Terapia Ocupacional no Brasil são precárias, quando comparadas às de outros países da Europa, como França e Alemanha. Os relatos (13), (03) e (07) fizeram refletir não só sobre a prática da terapeuta ocupacional que se desenvolve com escassez de recursos e materiais, mais também sobre a utilização constante dos mesmos recursos (lápis, papel, tinta e revistas).

Este último aspecto merece atenção e talvez devesse ser considerado o fato de estar associado não só ao contexto dos serviços de saúde mental (excesso de burocracia, escala de prioridades da instituição, escassez de recursos físicos, materiais e humanos) como também à ideia de que a constituição do *setting* (a escolha e a utilização do material) expressa preferências pessoais (habilidade, abordagem teórica) da profissional. Neste

sentido, toda a reflexão dirigida à forma de utilizá-lo se torna fundamental, pois pode caracterizar uma prática repetitiva e pouco criativa ou, contrariamente, uma prática criativa, que contribui terapeuticamente com o processo grupal.

Cabe, portanto, enfatizar que na estruturação do *setting* de um grupo de atividades em Terapia Ocupacional, o contrato que se estabelece com o grupo, a organização do espaço físico de atendimento e os próprios recursos materiais devem ser entendidos como atribuições da terapeuta ocupacional — coordenadora — constituindo-se em aspectos importantes do planejamento terapêutico.

### **6.3. SOBRE A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DE GRUPOS DE ATIVIDADES**

A dinâmica de funcionamento de um grupo de atividades de Terapia Ocupacional é determinada pelos participantes do grupo, incluindo a dinâmica que se estabelece entre os pacientes e a relação destes com a atividade. Um grupo de atividades em Terapia Ocupacional pode ser definido como aquele onde os pacientes se reúnem num mesmo espaço e tempo, na presença da terapeuta ocupacional, com o objetivo de realizarem uma atividade. Um dos princípios que norteiam a prática clínica da terapeuta ocupacional está relacionado à idéia de que o fazer tem efeito terapêutico. Desta maneira, todos os elementos que se relacionam com o fazer, com o processo de realização da atividade, bem como o produto final e a relação que se estabelece entre o terapeuta e o paciente ou o grupo são de fundamental importância.

O processo e os procedimentos de realização da atividade constituem o campo de pesquisa, investigação e informação da Terapeuta Ocupacional e que apontam os possíveis caminhos para o estabelecimento da comunicação com o paciente. (BENETTON, 1994)

Num grupo de atividades em Terapia Ocupacional, os participantes têm a possibilidade de experimentar outras formas de se relacionar, de vivenciar situações

inéditas relacionadas ao próprio ato do fazer, possibilitando que a ação ganhe um sentido e um sentimento.

As terapeutas ocupacionais entrevistadas se referiram à atividade nos grupos, descrevendo-as como:

*“ ... olha eu acho que a atividade faz parte da coisa da expressão, do paciente descobrir por exemplo que ele pode desenhar, que ele pode pintar, que ele tem capacidade para fazer crochê, tricô. Eu acho que têm muitos pacientes, que ficam assustados com a sua própria produção, o quanto eles fazem, o quanto eles têm um potencial para fazer, podendo se identificar com aquilo que estão fazendo.”*  
(ENTREVISTADA 12)

*“Eu vejo assim, que na verdade a atividade (...) seria basicamente um ponto de partida, um start, um estímulo. Eu não entendo que a atividade é por si só terapêutica. Senão seria aquela visão da atividade pela atividade. A coisa do ocupar. Eu vejo que a atividade é um elo, é um elo da relação, mas que tudo se dá a partir da atividade e dentro do setting de Terapia Ocupacional, eu relaciono muito a Terapia Ocupacional, como uma forma de psicoterapia, tá? Eu vejo que a partir da atividade, na leitura da ação, no entendimento do simbólico, você pode entender situações, conflitos, que muitas vezes o verbal não possibilita, não atinge...”* (ENTREVISTADA 15)

*“A atividade no grupo eu acho que (...) acaba sendo mediadora da relação terapêutica, funciona um pouco como intermediária(...) como elemento de identificação (...) eu acho que a atividade ocupa um papel central no grupo, é claro que tem haver com os objetivos do grupo.”* (ENTREVISTADA 13)

*“Eu trabalhava com pacientes cada um fazendo uma atividade, reunidos, e aí a gente diferencia isso. Essas são chamadas de atividades em grupo, ou seja, todos os pacientes estão na mesma sala, eles se relacionam, mas cada um fazendo uma atividade. Em alguns momentos(...)a gente trabalha com uma atividade grupal, ou seja, todo mundo trabalhando para um mesmo fim, em uma única atividade, ou*

*compondo uma mesma atividade. Então por exemplo vamos construir uma estante e aí cada um vai fazer uma parte desse trabalho.” (ENTREVISTADA 02)*

Pelas idéias expressas nestes relatos, a atividade pode ser entendida como estímulo, como elemento central do processo terapêutico ocupacional, como mediadora da relação terapêutica, como forma de comunicação e expressão dos conteúdos internos dos pacientes.

Ao considerar as formulações de MAXIMINO (1997) e FERRARI (1991) sobre o processo terapêutico ocupacional grupal, constatam-se as potencialidades da atividade e do processo de realização da atividade. O que se objetiva nos grupos de atividades em Terapia Ocupacional é um tipo de experiência em que o paciente possa viver outras maneiras de se relacionar e, ao mesmo tempo, ter um fazer relacionado a um sentido e a um sentimento.

*“ ... o campo da Terapia Ocupacional está localizado exatamente na intersecção interno-externo, individuo-sociedade (grupo), pensar-fazer, aquilo que é psíquico-aquilo que é corporal. Seu foco está neste encontro que se dá sempre através de uma ação. O que interessa não é exatamente nem o queijo, nem a faca, mas o ato mesmo de cortar. A Terapia Ocupacional é iminentemente social, pois o fazer é sempre um ato social. Os homens se juntam para fazer coisas e o fazer junto cria um tipo especial de relação, um identifica-se pela ação ou por seus objetivos em comum. Aquilo que é feito, o é em um mundo compartilhado. O fazer se dá em um campo intermediário, nem interno, nem externo, pele e material se confundem.” (MAXIMINO, 1997, p.02)*

A idéia de que o campo de atuação da Terapia Ocupacional está localizado exatamente na intersecção interno-externo remete a alguns conceitos de WINNICOTT (1975) relativos ao entendimento de espaço potencial e de zona intermediária.

Para WINNICOTT (1975), além da realidade externa — compreendida como o contato que o indivíduo estabelece com ela, em função da relação de objeto e do uso do objeto — existe a realidade interna, que é propriedade pessoal de cada indivíduo, e uma

terceira área, que é o produto das experiências do indivíduo no meio ambiente. Esta terceira área da experiência é localizada no espaço potencial e conduz o indivíduo numa relação de confiança.

*“...é útil, portanto, pensar numa terceira área do viver humano, uma área que não se encontra dentro do indivíduo, nem fora, no mundo da realidade compartilhada. Pode-se pensar nesse viver intermediário como ocupando um espaço potencial, a negar a idéia de espaço e separação entre o bebê e a mãe, e todos os desenvolvimentos derivados deste fenômeno. Este espaço potencial é extremamente variável de indivíduo para indivíduo e seu fundamento está na confiança que a mãe inspira ao bebê.” (WINNICOTT, 1975, p.152)*

Segundo MAXIMINO (1997) o grupo de atividades em Terapia Ocupacional pode também ter uma função de ser um espaço potencial, isto é possível a medida em que pode constituir-se como um ambiente confiável e facilitador da exploração do mundo.

O relato a seguir ilustra aspectos da compreensão dessas formulações de Winnicott e possibilita a ampliação do entendimento dos grupos de atividades em Terapia Ocupacional.

*“... eu acho que é assim, na verdade o terapeuta ocupacional precisa ter um vínculo, um compromisso de vínculo com o grupo, enfim, um compromisso com ser um terapeuta confiável. Confiável no sentido que você tem que repensar um pouco no que Winnicott disse a respeito do grupo ser um espaço confiável para que aquelas pessoas possam, não sei se arriscar é a palavra mais certa, mas estabelecer relações usando objetos. Nesse sentido Winnicott fala de um espaço potencial. Acho que o coordenador de grupos tem que saber usar um pouco desse entendimento, para transformar o ‘setting’ terapêutico num ambiente o mais acolhedor possível, das angústias, dos desejos, das coisas que aparece.” (ENTREVISTADA 13)*

A perspectiva da terapeuta ocupacional coordenadora possibilitar a constituição de uma relação de confiança indispensável no *setting* terapêutico (entrevistada 13) associa-se à idéia do oferecimento de um ambiente facilitador, onde as provisões necessárias para o

desenvolvimento do grupo possam ser efetivadas. Algumas provisões apropriadas em certos estágios do tratamento do doente mental relacionam-se com a Terapia Ocupacional. (WINNICOTT, 1990)

Neste ambiente facilitador as idéias de continuidade e constância são de fundamental importância, pois possibilitam a constituição de um espaço seguro e continente — *holding*.

Do ponto de vista do desenvolvimento infantil, WINNICOTT (1990) ressalta que é essencialmente por intermédio do *holding* materno que a criança se sente integrada e começa experimentar uma sensação de diferenciação do mundo em que vive. Dentre os aspectos que se relacionam ao *holding*, inclui-se a rotina completa de cuidados dispensados pela mãe ao bebê.

Considerando-se o *setting* analítico, WINNICOTT (1990) enfatiza que a atitude do terapeuta e a constância são aspectos que propiciam o *holding*.

Do ponto de vista da Terapia Ocupacional, ao estudar a constituição de grupos de atividades com pacientes psicóticos, MAXIMINO (1997), referiu-se a importância do grupo ir criando e confirmando uma imagem, a partir de situações que se repetem.

*“Alguns rituais de abertura e fechamento, tais como pegar e guardar o material também me parecem importantes no sentido de que fazem parte do setting, vão constituindo um ambiente que pode ser reconhecido, dão segurança, demarcam um território e uma prática. A confirmação de horário e data tem tanto um sentido pragmático, de ajudar os pacientes numa orientação temporal, quanto um sentido afetivo, (...). As ações de arrumar a sala para o trabalho, buscar o material e dispô-lo sobre a mesa, agem como mobilizadoras. São gatilhos que provocam uma reação, um contato, uma aproximação com a experiência.” (MAXIMINO, 1997, p.128)*

*7. SOBRE O PAPEL DA  
TERAPEUTA OCUPACIONAL  
— COORDENADORA DE  
GRUPO DE ATIVIDADES*

189



Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir o modo como as terapeutas ocupacionais entrevistadas se referiram aos grupos de atividades em Terapia Ocupacional. Considerando os aspectos apreendidos das entrevistas, pertinentes ao papel do Terapeuta Ocupacional como coordenadora de grupos de atividades nos serviços públicos de saúde mental, procurei enfatizar suas atribuições.

Ao papel da terapeuta ocupacional estão associadas atribuições que se relacionavam a diferentes funções. Tais atribuições não estão restritas ao papel da terapeuta ocupacional enquanto coordenadora de grupos de atividades, relacionando-se de maneira geral com a atuação profissional da terapeuta ocupacional.

BENETTON (1994) e MAGALHÃES (1997) se referem à atuação profissional da terapeuta ocupacional e fazem uma distinção entre a prática clínica e a prática profissional.

Desta forma e considerando os objetivos desta tese de doutorado, procurarei enfatizar a análise e as discussões que se relacionam, especialmente, à atuação clínica e, mais especificamente, às atribuições que dizem respeito ao papel da terapeuta ocupacional enquanto coordenadora de grupos de atividades.

Na análise das entrevistas realizadas com as terapeutas ocupacionais coordenadoras de grupos de atividades em serviços públicos de saúde mental, procurei considerar cada uma das funções isoladamente. No entanto, todas as funções estabelecem entre si uma relação dinâmica e, tratá-las de modo isolado, foi uma opção no sentido de facilitar a compreensão.

## 7.1. OS GRUPOS DE ATIVIDADES

Ao longo desta tese, discorri sobre a importância dos aspectos (referenciais teóricos, formação e trajetória profissional, contexto institucional, entre outros) que influenciaram direta ou indiretamente a maneira como as terapeutas ocupacionais

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULANTE

entrevistadas compreendem e desenvolvem suas atividades clínicas - assistenciais. Cabe agora analisar e refletir sobre como essas profissionais entrevistadas entendem os grupos de atividades.

*“ ... olha a abordagem em grupo é fantástica, muito porque o grupo funciona como um eco. Costuma-se dizer aquela coisa de ressonância, né. É muitas vezes o paciente está apático, desinteressado, sem iniciativa, e ele vê o outro fazendo, ele quer fazer. É um despertar. Dai a riqueza do paciente poder entender o que acontece com ele na relação com o outro, na relação com atividade, na relação com as pessoas, com o terapeuta (...) muitas vezes ele vai entender tudo isso na relação grupal. Então eu vejo o grupo assim, com um potencial terapêutico muito grande. O grupo é muito rico.”*  
(ENTREVISTADA 15)

*“Eu acho que o grupo é um recurso terapêutico a mais. Acho que a coisa da transferência aparece muito mais fácil no grupo, inclusive a transferência entre as pessoas do grupo. A coisa de um paciente ver o outro fazer, se contagia, se estimula a estar fazendo, as relações aparecem muito mais, um se apaixona pelo outro, um fala que não gosta. A coisa fica muito rica (...) acho que nesse sentido o grupo é muito bom. Os resultados têm sido muito melhores em grupo do que individual. Eu tive experiências com pacientes que eram atendidos individualmente e em grupo, é muito diferente, como eles se comportam, a participação deles, a produção deles fica mais rica.”* ( ENTREVISTADA 12)

*“Eu acho que o grupo é mais um dispositivo riquíssimo, eu diria que possibilita, que potencializa as transferências, (...) num espaço grupal você tem a possibilidade de ter o grupo como mais um elemento. Ele amplia o campo transferencial, (...) amplia mesmo a capacidade do terapeuta ocupacional ou de qualquer outro profissional (...) Eu acho que o grupo pode nem funcionar como tal, mas o estar em grupo, eu vejo claramente que é rico.”* (ENTREVISTADA 10)

Estes relatos evidenciam a idéia de que um grupo de atividades em Terapia Ocupacional pode ser entendido como um rico e significativo recurso terapêutico no tratamento de pacientes inseridos em serviços públicos de saúde mental.

Os relatos expressam, ainda, as idéias de que um grupo pode funcionar como um “eco” e uma “caixa de ressonância”. O conceito de ressonância foi importado da física para a psicanálise. Em psicoterapia analítica de grupo, o conceito de ressonância está associado à existência de um contato emotivo genérico, que se dá entre duas ou mais pessoas do grupo, a partir de um tema, uma fantasia ou um sentimento. (NERI, 1999)

Para MAXIMINO (1997), um grupo de atividades em Terapia Ocupacional pode funcionar como uma caixa de ressonância, a medida que amplia as possibilidades de intervenção. Esse entendimento parece ter sido incorporado no entendimento de algumas terapeutas ocupacionais entrevistadas.

Todo esse entendimento descrito fundamenta-se na idéia de que na situação do campo grupal que se estabelece a partir da relação terapeuta ocupacional-grupo-atividade, as possibilidades transferenciais se ampliam e que, se manejadas adequadamente, podem constituir-se em mais uma das modalidades possíveis na assistência do doente mental.

## **7.2. A FUNÇÃO DE PLANEJAR**

Embora seja bastante amplo, o conceito de planejamento, neste estudo, está relacionado somente ao trabalho de preparação realizado pela terapeuta ocupacional — coordenador de grupos de atividades.

De acordo com D. E. ZIMERMAN (1997) em psicoterapia de grupo, a idéia de planejamento associa-se aos conceitos de logística, estratégia, técnica e tática. Esse autor entende a logística como o conjunto de conhecimentos que sustentam o planejamento da ação; a estratégia como o estudo minucioso da utilização do conjunto de conhecimentos para que se atinja o objetivo planejado; a técnica como o conjunto de regras e procedimentos que viabilizam a operação; e, finalmente, a tática como as diversas formas de abordagem.

A ação de planejamento desempenhada pela terapeuta ocupacional — coordenadora do grupo inclui :

- a constituição e a formação do grupo propriamente dito (neste item incluem-se as características do grupo, os critérios de seleção, o número de participantes, dentre outros);
- o estabelecimento do contrato terapêutico (neste item, estão incluídos aspectos relativos ao local de atendimento, tempo de atendimento, número de atendimentos por semana, e a especificidade da Terapia Ocupacional, que enfatiza o fazer, a realização da atividade, etc.);
- a preparação do ambiente e dos recursos materiais que poderão ser utilizados no atendimento (neste item, incluem-se os equipamentos, a disposição dos materiais, a diversidade de materiais, etc.).

Todos estes aspectos constituem atribuições da terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades e devem relacionar-se à etapa de preparação e planejamento de um grupo.

### **7.3. A FUNÇÃO DE FACILITAR**

Segundo o dicionário Aurélio, ao verbo facilitar estão associados diferentes sentidos, tais como:

- tornar ou fazer fácil, ou mais fácil;
- apresentar uma coisa como mais fácil do que é na realidade;
- pôr à disposição;
- prontificar-se, prestar-se;
- agir com imprevidência, expor-se, descuidar-se.

É pertinente examinar de modo mais detalhado, os possíveis sentidos dessa ação, procurando relacioná-los à função facilitadora da terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades.

*“ ... olha eu acho que basicamente o meu papel enquanto coordenadora de um grupo de atividades, como terapeuta ocupacional, é de facilitar, é de facilitar mesmo. É de ser facilitador da comunicação (...) É facilitar a circulação, seja da palavra, se for esse o contexto (...) facilitar que o grupo, que os pacientes possam entrar em ação, o que as vezes é difícil. É facilitar a construção.” (ENTREVISTADA 10)*

Como e de que maneira a terapeuta ocupacional — coordenadora pode facilitar que os pacientes de um grupo de atividades tenham a possibilidade de entrar em ação e possam vivenciar experiências relacionadas ao fazer?

Algumas entrevistadas, assim como o referencial teórico psicodinâmico, podem auxiliar e contribuir no sentido de construir esse entendimento.

*“ ... enquanto coordenador de um grupo de atividades, eu acho que o terapeuta ocupacional que tem uma visão psicodinâmica, muitas vezes funciona como uma pessoa que dá continência ao grupo (...) que dá referência.” (ENTREVISTADA 12)*

Do ponto de vista teórico, a idéia de continência se associa à função continente descrita por BION (1966) e ao conceito de *holding* formulado por WINNICOTT(1990).

Na teoria do continente e conteúdo, BION (1966) se ocupa da relação primitiva que a criança tem com o seio materno. Quando sente fome, a criança busca saciá-la, assim como o mal estar gerado pela fome. Neste sentido, o seio materno pode ser entendido como o continente no qual toda a ansiedade da criança pode ser colocada, ao mesmo tempo que espera deste receber leite, amor e significação. Portanto, a idéia de continente e conteúdo pode ser representada pelo bebê e o seio.

De acordo com BION (1966), o bebê nasce com uma pré-concepção do seio (algo que liga a fome que o bebê sente com o que é capaz de saciá-la). Somente quando a

mãe real responde a essa pré-concepção do seio que o bebê tem é que se constituirá a concepção do seio. Dessa forma, a concepção de seio só é atingida quando a experiência real do seio se junta à pré-concepção do seio. O processo de pensamento seria instaurado no intervalo existente entre a necessidade do bebê a ser saciada e sua não efetivação.

*“Frente a essa circunstância (...) é colocada ao indivíduo, ao bebê, e a todos nós também, uma alternativa dramática, que é a de ignorar a frustração, evacuá-la ou negá-la, ou então reconhecê-la e tratar de modificá-la. À tentativa de modificar a frustração, Bion chama sombriamente de pensamento. (...) Essa explicação, onde interatuam a pré-concepção e a concepção, o inato e a experiência, a fantasia e a realidade, a frustração e a satisfação, tudo em termos muito primitivos, vêm a mostrar-nos que há uma teoria da relação do objeto na raiz do pensar.”*  
(ETCHEGOYEN, 1987, p.344)

No contexto da teoria de continente e conteúdo, o conceito de *reverie* materno estaria, segundo BION (1966), associado a uma resposta especial da mãe (função  $\alpha$ )<sup>17</sup> à comunicação primitiva do bebê.

Analogamente ao conceito de *reverie* materno, formulado por BION (1963, 1966), WINNICOTT (1990) descreve a importância dos cuidados maternos e do *holding* para que o bebê possa se desenvolver de um estado caracterizado pela dependência absoluta a uma situação de independência.

Um ambiente facilitador é fundamental para que esse processo aconteça. Este ambiente inclui uma mãe suficientemente boa, capaz de se adaptar às diferentes necessidades da criança, nos diferentes estágios do seu desenvolvimento.

Além disso, a mãe suficientemente boa é capaz de perceber e saber a importância da:

---

<sup>17</sup> A estruturação da função  $\alpha$  no bebê está restritamente ligada à relação com a mãe e à sua capacidade de amar e compreender. A mãe contém e elabora, com a própria função  $\alpha$ , as impressões sensitivas que o bebê, ainda imaturo, não consegue metabolizar. (NERI, 1999)

“... continuidade do ambiente humano, e do mesmo modo, do ambiente não humano, que auxilia a integração da personalidade do indivíduo; da confiança, que torna o comportamento da mãe previsível; da adaptação gradativa às necessidades cambiantes em expansão da criança, cujo o processo de crescimento a impele no sentido da independência e da aventura; da provisão para concretizar o impulso criativo da criança (...) a mãe sabe que deve se manter vivaz e fazer o bebê sentir e ouvir sua vivacidade. Sabe que precisa adiar seus próprios impulsos até a época em que a criança possa utilizar sua existência separada de modo positivo.” (WINNICOTT, 1990, p. 67-8)

WINNICOTT (1990) relaciona o conceito de *holding* à situação terapêutica, atribuindo ao analista esta função.

Quando a situação terapêutica relaciona-se ao atendimento de um grupo, de acordo com o que descreve MELLO FILHO (1989), a função do *holding* é exercida não só pelo terapeuta — analista que coordena o grupo, mas também pela matriz grupal, sendo essencial que este possa perceber as necessidades do grupo.

“O grupo em sua evolução, repete o desenvolvimento do indivíduo. Em seus primórdios apresenta-se não integrado, é uma soma de partes diferentes, não diretamente relacionadas umas com as outras. Depois, como a criança contida por uma mãe suficientemente boa desenvolve simultaneamente sua sensibilidade interoproprioceptiva com sensações de unidade e equilíbrio, o grupo evolui para um estágio de integração em que seus vários componentes formam uma GESTALT harmônica, coesa e una. (...) Por outro lado, o grupo não integrado tende a apresentar múltiplas dissociações, como formação de subgrupos, freqüentes ausências e saídas, ou seja partes dissociadas que ficam definitivamente perdidas.” (MELLO FILHO, 1989, p.68)

Nos relatos apresentados a seguir, as idéias de continência e de *holding* foram expressas através de situações onde a terapeuta ocupacional — coordenadora do grupo pôde compreender a importância de estar junto, fazer junto, de reconhecer e validar a palavra e a ação do paciente e do grupo.

*“ ... em determinadas situações do grupo, algumas vezes eu acabo indicando a atividade e o material mais adequado a ser utilizado.” (ENTREVISTADA 14)*

*“ ... no começo você tem que muitas vezes dizer para o paciente o que ele vai fazer, fazer junto. Uma coisa que eu também faço é começar a fazer a atividade e o paciente então me vê fazendo.” (ENTREVISTADA 12)*

*“ ... muitas vezes a gente ficou muito tempo sem fazer nada, ficava com o material, ficava mexendo no material, mas não saía nada no final, não conseguia desenhar, não conseguia modelar a argila. Eu fiquei um tempo sugerindo a atividade para o grupo, eu insistia, de que jeito você está querendo fazer? Vamos fazer juntos.” (ENTREVISTADA 11)*

*“ ... e aí eu fico pensando, que a função é meio essa, no trabalho com o psicótico, de poder reconhecer a palavra do sujeito ou reconhecer aquela ação como algo que possa ter um lugar, que possa entrar no contexto de alguma forma, ainda que seja: Bom, mas você está falando isso, mas a gente está falando daquilo...” (ENTREVISTADA 08)*

Considerando especificamente a situação dos grupos de atividades em Terapia Ocupacional — abordagem psicodinâmica — pode-se dizer que a terapeuta ocupacional — coordenadora do grupo — ao assumir a função de facilitadora, exerce a função do *holding*. Para que essa função seja exercida, ela deve estar preparada para ser continente e ter capacidade de perceber as comunicações pré-verbais ou verbais do grupo, além de oferecer as provisões necessárias para que o grupo possa se desenvolver.

Além disso, num contexto de grupos de atividades, as provisões necessárias oferecidas pela terapeuta ocupacional — coordenadora — incluem não só os aspectos relativos à relação e ao afeto, mas também aqueles relativos à preparação do ambiente e dos materiais que devem ser utilizados para o desenvolvimento de uma atividade.

Resgatando o significado do verbo facilitar, poderia dizer que a função da terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades — se aproxima das ações

de prontificar-se, prestar-se a, pôr-se à disposição. A idéia de que a terapeuta ocupacional — coordenadora do grupo — ao exercer a função de facilitadora põe-se à disposição, leva a refletir sobre o significado dessa disponibilidade. Um dos possíveis significados dessa disponibilidade está associado à sua capacidade de, em certas situações do campo grupal, funcionar como um ego auxiliar.

*“A atividade, eu acho que depende muito do momento(...) eu sempre deixo muito mais no sentido da livre escolha. Eu acho que é assim, em alguns momentos você indica alguma atividade. Eu nem acho que indique muito (...) eu acho que tem mais a questão de auxiliar o desejo, vem do desejo do paciente e da pessoa de olhar um tear e falar: — Nossa, eu não sei o que é isso, será que eu consigo fazer? E aí eu acho que você empresta um pouco sua vontade, seu ego e fala:— Vou te mostrar o que dá para ser feito com isto. Eu acho que é importante você mostrar, as vezes, algumas atividades prontas, discutir se propor(...)ai não é uma indicação, acaba sendo uma escolha, (...) acaba sendo a própria vontade da pessoa que desperta.”*  
(ENTREVISTADA 13)

A situação que se estabelece num campo grupal possibilita o surgimento das funções do ego, ou seja, propicia que os indivíduos demonstrem e utilizem a capacidade de juízo crítico, conhecimento, percepção, comunicação e ação. Em grupos muito regressivos, muitas vezes o coordenador do grupo deve mostrar-se atento e disponível para, temporariamente, emprestar suas funções do ego ao grupo, especialmente as que se relacionam ao pensamento, discriminação e comunicação. (D. E. ZIMERMAN, 1997)

#### **7.4. A FUNÇÃO DE INSTRUMENTALIZAR — ENSINAR**

Com frequência, num atendimento de Terapia Ocupacional, a terapeuta ocupacional se vê diante de situações, em que se faz necessário dirigir a atenção no sentido de ensinar determinada técnica de realização de uma atividade a um paciente ou, até mesmo, de levá-lo a vivenciar experiências relacionadas ao fazer.

Num grupo de atividades, esta necessidade pode se fazer presente tanto para o grupo como um todo, ou se dirigir a um ou outro integrante do grupo. Tais situações puderam ser expressas, conforme os relatos dos entrevistados que se seguem.

*“ ... a minha função no grupo está muito relacionada a (...) é muito variada. Têm alguns momentos que eu me sinto professora, assim, claramente dizendo. Porque, eu estou ajudando essas pessoas a aprenderem coisas, mas não no sentido pedagógico, né? Mais no sentido educacional, (...). Eu penso, que forma eu vou ensinar? Eu pergunto ao paciente: Como é que você vai fazer isso? Ou: De que jeito vocês estão querendo fazer? Vamos fazer juntos, deixa eu te mostrar como se faz.”*  
(ENTREVISTADA 02)

*“ ... e aí você também tem que auxiliar e ensinar na questão da técnica da atividade. Isso acaba tendo um caráter meio psicopedagógico. Isso acontece na hora que você está ensinando ou auxiliando o paciente ou o grupo em algumas técnicas específicas de realização da atividade. ”* (ENTREVISTADA 13)

*“ ... mas ele deve, enquanto coordenador, enquanto integrante do grupo, ele deve incluir a questão do ensinar, como um suporte. Dar um suporte para o grupo, eu entendo assim, como se alguém do grupo precisasse, e você tivesse auxiliando essa pessoa a concretizar uma idéia. ”* (ENTREVISTADA 15)

Para BENETTON (1994), a manutenção de um campo propício para realização de atividades é um dos pressuposto da Terapia Ocupacional. E é, portanto, neste campo construído, no sentido do fazer, que se compõe de materiais, equipamentos, diferentes objetos, que se estabelece a relação terapeuta—paciente—atividade. É nesse compromisso estabelecido com o fazer — no caso, um fazer no grupo ou em grupo — que se depara com uma experiência possuidora de caráter psicoeducacional.

*“Na relação professor-aluno há um investimento e aquisições em função do desenvolvimento afetivo-intelectual do aluno, e isto só pode ser objetivado se houver na interação um envolvimento entre os dois. Na relação terapeuta ocupacional—paciente a diferença reside no fato de que se busca o desenvolvimento emocional.*

*Ambas, entretanto, buscam objetivar um desenvolvimento psico – educacional.”*  
(BENETTON, 1994, p.78)

Conforme já salientado, um dos instrumentos que subsidiam a terapeuta ocupacional na função de instrumentalizar — ensinar — relaciona-se com a análise da atividade. A análise de atividade pode ser entendida como um procedimento técnico, no qual a terapeuta ocupacional busca conhecer a natureza da atividade, assim como seu potencial terapêutico, tendo como perspectiva os objetivos terapêuticos a que se destina.

O conhecimento que a terapeuta ocupacional tem sobre os materiais, as atividades — as suas técnicas de realização, possibilita em determinados momentos do processo terapêutico, instrumentalizar os pacientes para que tenham oportunidade de vivenciarem situações, onde podem entrar em contato com conteúdos expressivos inacessíveis até então. (FERRARI, 1998)

Para algumas das terapeutas ocupacionais entrevistadas o conhecimento da técnica de execução da atividade é essencial no processo terapêutico.

*“No processo terapêutico, têm momentos específicos, momentos que você indica, têm momentos que você ensina, que você associa a possibilidade de fazer ou propor outra coisa. Eu acho que a grande necessidade da gente é a ampliação dessas experiências. (...) quanto mais materiais você conhece, mais possibilidades você têm (...). Eu acho importante a questão da técnica de execução da atividade, que implica na técnica do manuseio de alguns materiais(...). Eu acho que essa questão de poder conhecer, ter mais repertório ocupacional, que faz você saber por exemplo: que aquela tinta vai demorar para secar e para aquele paciente é extremamente importante que aquilo seque naquele momento (...) eu acho fundamental. (...) eu não sei ensinar o que eu não sei fazer.”* (ENTREVISTADA 04)

*“... então eu acho que o terapeuta ocupacional tem que ser muito esperto no sentido de saber o que o mundo têm a oferecer (...). Ampliar o referencial de mundo eu acho que é importante(...). Tem uma desvalorização em relação a atividade. Se eu entender que eu vou trabalhar com isso e que portanto isso vai ser meu arsenal, eu tenho que*

*saber. (...) não significa que eu vou ser professora de artesanato, mas eu tenho que estudar teoria de grupo, eu tenho que estudar psicopatologia, eu tenho que estudar tudo isso, mas se o meu instrumento é a atividade e se eu não souber dela, como é que eu vou utilizar. (...) não é como uma aula de artesanato que eu vou ensinar em Terapia Ocupacional (...). Não é só ensinar uma técnica (...), mas assim como ensinar ? (...) o que eu devo considerar (...) a habilidade que a pessoa tem? (...) o potencial que a pessoa tem? Qual a forma que a pessoa tem para fazer isso? (...) a vontade (...) é um pouco você perceber o desejo da pessoa? (...) se você sabe um pouco mais da apropriação da técnica, fica mais fácil de você até adaptar...” (ENTREVISTADA 02)*

Nos relatos das terapeutas ocupacionais entrevistadas (04) e (02) o domínio de conhecimento — tanto dos materiais, como das técnicas de realização de atividades — está associado à possibilidade de ampliar suas formas de intervenção no processo terapêutico. Neste sentido, enfatizam a necessidade e a importância de se “saber fazer para poder ensinar”. Chamou a atenção a referência feita pela entrevistada (02) quanto a maneira diferenciada do ensinar em Terapia Ocupacional, quando comparada às atribuições de um professor. Nesta maneira diferenciada de ensinar, a terapeuta ocupacional deve considerar aspectos que estão relacionados às potencialidades, às habilidades, aos desejos e às relações interpessoais que se estabelecem no processo terapêutico.

A compreensão de todos os aspectos envolvidos na atividade torna-se fundamental no processo terapêutico individual e grupal, pois uma atividade só pode ser concebida como terapêutica se tiver um sentido para o paciente que a executa.

## **7.5. A FUNÇÃO DE COORDENAR**

Neste estudo, a função de coordenar atribuída à terapeuta ocupacional coordenadora de grupos de atividades está associada às possíveis intervenções que esta realiza.

As intervenções da terapeuta ocupacional — coordenadora do grupo de atividades — são relevantes na dinâmica de funcionamento do grupo. Tais intervenções são todos os movimentos da terapeuta ocupacional dirigidos ao grupo que coordena, na direção do objetivo terapêutico. Desta forma, intervir tem o sentido de comunicar-se, colocar-se entre, dirigir-se ao grupo, estar presente nas ações do grupo. As intervenções em Terapia Ocupacional são sempre realizadas a partir de uma comunicação (verbal ou não verbal) ou uma ação.

A função de intervir — coordenar — se interrelaciona dinamicamente às demais funções atribuídas, como planejar, facilitar, ensinar e, muitas vezes, se sobrepõe a estas.

Como em qualquer processo terapêutico que se fundamenta em referenciais psicodinâmicos, nos grupos de atividades em Terapia Ocupacional a partir dessa abordagem, uma das funções da terapeuta ocupacional — coordenadora — é intervir junto ao grupo de atividades, considerando os movimentos e os fenômenos transferenciais que emergem da situação grupal.

De modo geral, pode-se dizer que, na situação grupal, as transferências aparecem de forma múltipla.

Conforme D. E. ZIMERMAN (1997) e GRINBERG *et al.* (1976), os fenômenos transferenciais grupais acontecem a partir de processos permanentes de identificação projetiva e introjetiva.

Esses mecanismos são bastante significativos tanto no indivíduo como nos grupos.

*“É preciso salientar que o indivíduo, em cada momento de sua evolução, se identifica com algumas reações, atitudes, formas de conduta ou sentimentos das diversas pessoas com quem entra em contato. Em linguagem psicanalítica, diríamos que a identificação substitui ou é resultado das diferentes relação de objeto, e que cada*

*personalidade é composta por sucessivas identificações, que contém a história das respectivas relações de objeto.(...) O que é válido para o indivíduo, o é também para o grupo, a identificação existe em todos os momentos de evolução e regressão do grupo.(...) Ligada à identificação encontramos a projeção. Quando várias pessoas se reúnem em grupo, cada uma delas projetará os objetos de sua fantasia inconsciente sobre as demais, tentando recriar, no plano do grupo, o padrão específico de suas relações interpessoais conflitivas". (GRINBERG et al., 1976, p.154)*

Segundo D. E. ZIMERMAN (1997), os fenômenos transferenciais grupais se dão a partir de quatro vetores, que podem ser descritos no sentido:

- do integrante do grupo em relação ao terapeuta;
- do grupo como um todo em relação ao terapeuta;
- de cada integrante do grupo em relação aos seus pares;
- de cada um dos integrantes em relação ao grupo.

Os fenômenos transferenciais podem ser classificados em positivo ou negativo.

Em Terapia Ocupacional:

*"Não só buscamos como também criamos condições para o aparecimento da transferência, principalmente da transferência definida pela psicanálise de positiva. São as manifestações transferenciais positivas, nascidas de uma aliança provida pelo fazer partilhado que estabelece a dependência, dependência esta necessária (...) porque dela decorre a produção, a construção e a criação no desenvolvimento psico-educacional.." (BENETTON, 1994, p.78-9)*

Tão importante quanto os fenômenos transferenciais, são os fenômenos contratransferenciais. Estes podem ser definidos, de acordo com D. E. ZIMERMAN (1997), como um fenômeno que resulta fundamentalmente das contra-identificações projetivas dos pacientes.

Para a psicanálise, a contratransferência é definida com o:

*“ ... conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste.” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1998, p.103)*

Ao analisar a contratransferência, WINNICOTT (2000) salienta que, em se tratando do trabalho com pacientes psicóticos, o analista deve estar essencialmente consciente de suas reações contratransferenciais. Em muitas ocasiões, estes fenômenos contratransferenciais devem ser os elementos centrais da análise.

*“A coincidência de amor e ódio é algo que sempre aparece caracteristicamente na análise de psicóticos, dando margem a problemas de manejo que podem facilmente exigir do analista mais do que ele pode dar.(...) Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação.” (WINNICOTT, 2000, p.270)*

Estes devem ser considerados fenômenos essenciais, que merecem atenção especial por parte da terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades — no momento de suas intervenções.

*“ ... eu acho que a coisa da transferência aparece muito mais fácil no grupo.” (ENTREVISTADA 15)*

*“ ... eu acho que o grupo é mais um dispositivo (...) que potencializa as transferências (...) ele amplia o campo transferencial.” (ENTREVISTADA 10)*

*“Eu tinha uma paciente no grupo, muito difícil, ela mexia comigo (...) ela chegava para o atendimento e não sentava na cadeira, só no chão (...) se auto-agredia, (...) levava tudo na boca, tinta, argila (...) isso me angustiava . (...) eu tive que trabalhar essas questões para conseguir poder trabalhar com a paciente.” (ENTREVISTADA 13)*

Os relatos apresentados pelas terapeutas ocupacionais entrevistadas (15), (10) expressam a importância que esses fenômenos transferenciais assumem no contexto de atendimento terapêutico ocupacional. A entrevistada (13) descreve situação de atendimento grupal, em que fez referências à presença de fenômenos contratransferências. Evidencia a necessidade de se trabalhar com esses fenômenos que emergem na situação grupal, para que se possa dar continuidade ao processo terapêutico do grupo.

*“Na análise (de pesquisa) ou no manejo rotineiro de pacientes de tipo psicótico, uma forte tensão é imposta ao analista (psiquiatra, enfermeira psiquiátrica), tornando importante o estudo dos modos pelos quais as ansiedades de natureza psicótica e também o ódio são provocados nos que trabalham com pacientes psiquiátricos gravemente doentes. Somente desta maneira poderemos evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades do terapeuta do que às necessidades do paciente.”*  
(WINNICOTT, 2000, p 287)

Nesse capítulo, pude refletir sobre a viabilidade e os diferentes papéis que podem ser atribuídos à terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades. Tais reflexões permitem discutir as possibilidades que os grupos de atividades em Terapia Ocupacional, a partir de uma abordagem psicodinâmica, apresentam enquanto importante recurso terapêutico no acompanhamento de doentes mentais.

## *PARTE IV*

# *CONCLUSÕES*

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULAR

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÃO CIRCULANTE

## *8. CONSIDERAÇÕES FINAIS*



Finalizando esta tese, penso ser necessário tecer algumas considerações, ainda que de maneira sintética, a respeito das idéias e temas que foram expressos ao longo deste trabalho e que me pareceram relevantes. Muitas foram as reflexões que emergiram no decorrer do processo de elaboração deste estudo. Algumas destas reflexões serão apresentadas a seguir; no entanto, entendi que inúmeras outras questões ficaram em aberto, podendo ser analisadas futuramente em outras pesquisas.

Estabeleci uma trajetória onde procurei, inicialmente, apresentar alguns aspectos históricos sobre o contexto da saúde mental e da Terapia Ocupacional. Ao optar por percorrer este caminho desta maneira, ou seja, incluindo os capítulos introdutórios, tinha por finalidade resgatar alguns conceitos básicos e aspectos históricos, pois entendia que posteriormente auxiliariam nas análises e discussões das entrevistas.

Nesta perspectiva, procurei resgatar aspectos relativos ao surgimento e ao fortalecimento do hospital psiquiátrico, enquanto estrutura central da assistência psiquiátrica, enfatizando os princípios do tratamento moral, princípios que se apresentavam a partir de um caráter moral, normativo e disciplinador e que acabaram por atribuir à atividade enorme importância no ambiente asilar.

Abordei a tendência de exclusão do doente mental na assistência psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios, bem como a precariedade dos serviços de saúde mental que funcionavam num modelo de assistência hospitalocêntrico, até o final da década de setenta. Salientei a implantação de medidas que objetivavam a reformulação da área e da saúde mental especificamente, no Estado de São Paulo, na gestão do governo de Franco Montoro (1982-1986). Nesta época, os movimentos sociais conquistaram maior expressão e após vinte anos de ditadura militar, já mais organizados, passaram a se preocupar com a transformação de diversos setores, entre eles saúde e educação. No que se refere à área da saúde mental, a influência de movimentos como a antipsiquiatria, a psiquiatria italiana, a psiquiatria comunitária foram decisivos na transformação do setor. Vê-se, desta forma, que os movimentos políticos e as diretrizes de assistência à saúde mental no Brasil começam a ser reformulados, possibilitando a construção de um modelo assistencial extra-hospitalar.

Nesse novo modelo, que gradativamente vinha se constituindo, medidas menos restritivas de atenção à saúde mental passaram a ser enfatizadas, buscando-se dar prioridade ao trabalho em equipe multidisciplinar e às formas de atendimento grupais. Com a implantação dessas propostas, aumentou-se o número de profissionais terapeutas ocupacionais, assim como de outros técnicos, que passaram a integrar primeiramente as equipes nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos.

A partir deste contexto, experiências inovadoras de assistência ao doente mental foram sendo construídas. Nos anos subseqüentes, foram implementados novos serviços e equipamentos de assistência à saúde mental, tais como os hospitais-dia, os centros de convivência, as cooperativas, os núcleos e centros de atenção psicossocial. A construção desses novos serviços apontaram a necessidade de um aprofundamento e de um enfrentamento, tanto técnico como teórico, de questões referentes à assistência do doente mental.

Do ponto de vista da Terapia Ocupacional, discorri sobre os fatores que determinaram sua constituição enquanto uma prática de saúde no início do século XX, em países desenvolvidos como Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha, assim como seu desenvolvimento. Com relação à constituição da profissão no Brasil, pude observar a forte influência recebida do modelo norte americano de Terapia Ocupacional — subordinado ao modelo médico e voltado para reabilitação profissional — no processo de formação das primeiras terapeutas ocupacionais brasileiras. Todas essas influências repercutiram na estruturação do currículo mínimo dos cursos de Terapia Ocupacional, estabelecido em 1963 pelo CFE — Conselho Federal de Educação. Na década de setenta, uma série de fatores — que incluem a expansão da rede de ensino superior dos cursos de Terapia Ocupacional, a ampliação do mercado de trabalho e as novas demandas que emergiam a partir de mudanças ocorridas nas políticas de saúde — levou as terapeutas ocupacionais a se organizarem enquanto uma categoria profissional e, conseqüentemente, a deflagrarem um processo que culminou, entre inúmeros aspectos, com a estruturação de um novo currículo. Nos anos oitenta e início dos anos noventa, apesar das diversas dificuldades encontradas ao

longo desta trajetória, constataram-se os avanços crescentes, fruto dos esforços investidos por essas profissionais. Tais esforços muito contribuíram para a inserção das terapeutas ocupacionais nos novos serviços e equipamentos de assistência à saúde mental e para a própria elaboração dos programas de intervenção.

Procurei, ainda, descrever a abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional e as principais influências de referenciais teóricos tanto relativos às psicoterapias de grupo, como às formulações de Bion, Winnicott, Pichon-Rivière na compreensão dos grupos em Terapia Ocupacional.

Devo salientar que se tratou do desenvolvimento de uma pesquisa do tipo qualitativa, que se utiliza dos paradigmas das Ciências Humanas. Tinha como objetivo entender, de maneira mais aprofundada, aspectos relativos à atuação clínica da Terapia Ocupacional junto a grupos de pacientes inseridos em serviços públicos de saúde mental. Considerando as perspectivas descritas e os aspectos metodológicos envolvidos no desenvolvimento desta tese, realizei entrevistas semi-estruturadas com terapeutas ocupacionais que atendiam a grupos de atividades com pacientes em diferentes serviços de atenção à saúde mental. Propus-me estudar os relatos das terapeutas ocupacionais entrevistadas, considerando a própria relação estabelecida entre entrevistada–pesquisadora no momento da entrevista e as minhas vivências clínicas, além de todo referencial teórico-prático descrito. Buscava entender novos sentidos e as novas possíveis significações, a partir de um sentido já situado. Não se trata de uma tradução, mas de uma maneira de entender, entre as muitas possíveis. Este é o modelo interpretativo, usado nas ciências humanas que utiliza, como recurso, o poder especulativo do conceito, e que possibilita a compreensão, a conexão de sentidos e a elaboração de conhecimentos. (LADRIÈRE, 1977)

Das entrevistas com as terapeutas ocupacionais, procurei discutir e analisar a trajetória de formação destas profissionais, assim como aspectos relativos à atuação clínica, especialmente no atendimento a grupos de atividades com pacientes inseridos em serviços públicos de saúde mental.

No tocante à formação profissional, assinalei como aspectos relevantes os caminhos percorridos por estas profissionais, desde a graduação até a pós-formação. O interesse em superar os desafios que emergiam da prática clínica e o desejo em atuar na área da saúde mental permearam todo esse percurso e foram elementos significativos na busca de uma melhor qualificação. Esta busca se caracterizou a partir de um caminho formal — inserção em diferentes cursos de aprimoramento e especialização — e um caminho informal — inserção em grupos de estudo, supervisão, terapia pessoal.

Do ponto de vista do caminho formal, destacaram-se prioritariamente os cursos de especialização do CETO e da EPM que enfatizam o referencial teórico psicodinâmico na formação da especializanda em Terapia Ocupacional. Disciplinas que abordam temas como psicopatologia, políticas de saúde mental e conceitos psicanalíticos são oferecidas, bem como disciplinas específicas de Terapia Ocupacional. Estes fundamentos são oferecidos no sentido de subsidiar o entendimento do doente mental e das técnicas e procedimentos de assistência a estes.

Com relação ao caminho informal, destacaram-se as supervisões institucionais e clínicas, os grupos de estudo e a inserção em terapias pessoais. Todos estes recursos foram importantes elementos para o entendimento de questões relativas à prática clínica (ênfatisando a atuação clínica junto a grupos) e, conseqüentemente, contribuíram para uma melhor qualificação, conforme pude depreender dos relatos das entrevistadas.

Todos esses elementos, que constituíram a trajetória de formação das profissionais entrevistadas, incluindo tanto o caminho formal como o informal, mereceram atenção especial quando, de maneira geral, me propus discutir e refletir sobre a formação das terapeutas ocupacionais que atuam na área de saúde mental. Entendi, ainda, a importância de se aprofundarem as discussões nesse sentido e a necessidade de que outros estudos possam ser desenvolvidos nesta área.

Enfatizei a importância do contexto dos serviços onde as profissionais entrevistadas estavam inseridas desenvolvendo suas atividades clínicas e a necessidade de dispensar atenção especial para estes contextos.

Ao abordar a atuação clínica das terapeutas ocupacionais entrevistadas, foram comentadas algumas influências de referências teóricas e práticas pertinentes a abordagens psicodinâmicas que refletiram no modo como essas profissionais entendiam e manejavam os grupos de atividades nos serviços em que estavam inseridas. Destaquei a influência desses referenciais teóricos — psicoterapia de grupo de base analítica — na forma como essas profissionais organizavam e planejavam os grupos de atividades e o *setting* de atendimento terapêutico ocupacional. Essas influências repercutiram especialmente no número de pacientes que constituem o grupo, nos critérios de seleção dos pacientes, na importância dada ao contrato terapêutico que se estabelece com o grupo, nas características dos grupos, considerando-se os pressupostos da Terapia Ocupacional.

Notei a importância dos grupos de atividades enquanto recurso para o atendimento de doentes mentais. Entendi ser este um espaço potencial que, ao incluir o processo de realização da atividade, amplia as possibilidades de comunicação e expressão dos pacientes. Comentei a importância do manejo adequado da terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades — frente aos fenômenos que surgem no acontecimento grupal. Depreendi, a partir das entrevistas, que estes aspectos são relevantes no encaminhamento do processo terapêutico grupal.

Finalmente, resaltei as diferentes funções e atribuições descritas pelas profissionais entrevistadas, no que se refere ao papel da terapeuta ocupacional enquanto coordenadora de grupo de atividades. Dentre as funções descritas, destaquei a função de planejar, facilitar, instrumentalizar — ensinar e coordenar. Estas estabelecem entre si uma relação dinâmica e constituem as intervenções propriamente ditas da terapeuta ocupacional — coordenadora de grupos de atividades e determinam aspectos relevantes do funcionamento de um grupo.

Penso que a modesta perspectiva de contribuição desta tese está em auxiliar, com alguns dos elementos apresentados, a ampliação das reflexões e discussões relativas à atuação clínica da terapeuta ocupacional que atua na área da saúde mental. Considero que estudos neste campo são essencialmente necessários, para que se possa, gradativamente, caminhar na direção da construção de um corpo de conhecimento teórico-prático específico de Terapia Ocupacional mais consistente.



*REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS*



ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. *História da Psiquiatria*. 2.ed. São Paulo: Ibrasa, 1980. 573p.

ALVES, R. *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras*. 18 ed. São Paulo: Brasiliense, 1993, 209 p.

ANZIEU, D. *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. 227 p.

ARRUDA, E. *Terapêutica ocupacional psiquiátrica*. Rio de Janeiro: s.n., 1962. 239p.

ARRUDA, S. L. S. *Vivências clínicas de um grupo de mães cujos filhos estão em ludoterapia*. Campinas, 1991. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

AZIMA, H., AZIMA, J. Esboço de uma teoria dinâmica da terapia ocupacional. In: \_\_\_\_\_ *Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria*. Campinas, 1979, p.115-27. (textos traduzidos e compilados pelos cursos de graduação em Terapia Ocupacional da FCMBH e PUCCAMP). mimeo.

AZIMA, H., WITTKOWER, E. Gratification of basic needs in treatment of schizophrenics. *Psychiatry*, v.19, p. 121-129, 1965.

BALLARIN, M.L.G.S. *Terapia ocupacional: uma perspectiva psicodinâmica (contexto e ilustração do atendimento de um grupo)*. Campinas, 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

BANZATO, C.E.M.; RAIMUNDO, A.M.G.; MALVEZZI, E.; RIBEIRO, C.A.S. Hospital-  
dia do S. S. Dr. Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. *J. Bras.  
Psiqu.* v. 42, n. 4, p. 197-201, 1993.

BENETTON, M.J. *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São  
Paulo: Lemos, 1991. 113p.

\_\_\_\_\_. *A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*.  
Campinas, 1994. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas,  
Universidade Estadual de Campinas.

\_\_\_\_\_. A case study applying a psychodynamic approach to occupational therapy.  
*Occupational therapy international*, v.2, p.220-8, 1995.

\_\_\_\_\_. *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da Terapia  
Ocupacional*. São Paulo: Diagrama & Texto/CETO – Centro de Estudos de Terapia  
Ocupacional, 1999. 141p.

BENETTON, M.J.; GOUBERT, J.P.; CAMPOS, A., VOGEL, B. Terapia ocupacional – 40  
anos. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.5, n.5, p.3-5,  
2000.

BION, W.R. *Elementos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1963.

\_\_\_\_\_. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1966.

- \_\_\_\_\_. *Experiências com grupos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975, 186 p.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 453p.
- BLEGER, J. *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1977. 402p.
- \_\_\_\_\_. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 113p.
- BOTEGA, N. Introdução. In: MENDES, A.C. *et al.* *Serviços de Saúde Mental no hospital geral*. Campinas: Papyrus, 1995. Introdução, p.15-21.
- BRASIL. *Projeto de lei n. 3657-B*, 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989. 2p.
- BRASIL. *Portaria MS 224 - 29 jan. 1992*. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 7p.
- BRIOSCHI, L.R.; TRIGO, M.H.B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. *Ciência e cultura*, São Paulo, v.39, n.7, p. 631-637, 1987.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. 213 p.

CARVALHO, R.M.L.L. *Ludoterapia psicanalítica com crianças e adolescentes institucionalizados*. Campinas, 1992. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CELERI, E.H.R.V. *Mães de crianças com transtornos mentais: um estudo psicológico*. Campinas, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984. 306p.

DALGALARRONDO, P. Enfermarias de psiquiatria. In: MENDES, A.C. *et al. Serviços de saúde mental no hospital geral*. Campinas: Papirus, 1995. Cap.1, p.23-33.

DE CARLO, J. J.; MANN, W. C. The effectiveness of verbal versus activity groups in improving self-perceptions of interpersonal communication skills. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 39, n.1, p. 20-7, 1985.

DELGADO, P.G.G. A reforma psiquiátrica aprovada pelo Senado: uma regra para a transição. *J. CREMESP*, v. 18, n. 3, 1999.

DIASIO, K. Terapia ocupacional: uma perspectiva histórica. Era moderna – 1960 a 1970. In: *Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria*. Textos compilados e

traduzidos pelo Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas. Belo Horizonte: FCM/PUCCAMP, 1979. (Apostila)

EKLUND, M. Patient experiences and outcome of treatment in psychiatric occupational therapy - three cases. *Occupational Therapy International*, v.3, n.3, p.212-239, 1996.

EMMEL, M.L.G. A formação do terapeuta ocupacional pesquisador no Brasil: o começo de uma história. Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 5, out. 1997, p.127-131. *Anais ...* Belo Horizonte: ABRATO/ATOMG, 1997.

EMMEL, M.L.G.; LANCMAN, S. Quem são nossos mestres e doutores? O avanço da capacitação docente em terapia ocupacional no Brasil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v.7, n.1, p.29-38, 1998.

ETCHEGOYEN, R.H. *Fundamentos da técnica psicanalítica..* Porto Alegre: Artes Médicas, 1987, 528 p.

FALK-KESSLER, J.; MOMICH, C.; PEREL, S. Therapeutic factors in occupational therapy groups. *American Journal of Occupational Therapy*, v.45, n.1, p.59-66, 1991.

FERRARI, S.M.L. O nascer das palavras através do fazer. *Rev. Ter. Ocup. USP*, São Paulo, v.2, n.1, p.12-15, 1991.

\_\_\_\_\_. Terapia ocupacional. In: BETTARELLO, S.V. (Org.) *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p.249-60.

- FERRAZ, M.P.T., MORAIS, M.F.L. Política de saúde mental: revisão dos dois últimos anos. *Arquivos da coordenação de saúde mental do Estado de São Paulo*, v.45, p.11-22, 1985.
- FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.
- FERRIGNO, I.S.V. Terapia ocupacional: considerações sobre o contexto profissional. *Revista de Terapia Ocupacional - USP*, São Paulo, n.2, v.1, p. 3-11. 1991.
- FIDLER, G.S., FIDLER, J.W. *Occupation therapy: a communication process*. New York: Macmillan, 1963. 273p.
- FIDLER, G.S. The task-oriented group as a context for treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, v.23, n.1, p. 43-48, 1970.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.
- FOULKES, S.H.; ANTHONY, E.J. *Psicoterapia de grupo: a abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular, 1967. 380p.
- \_\_\_\_\_. *Group psychotherapy: the psychoanalytic approach*, 2ed. Harmondsworth Middlesex: Penguin Books, 1965.
- FRANCISCO, B. R. *Terapia ocupacional*. Campinas: Papyrus, 1988. 104p.

FRANÇOZO, M. F. C. *Histórias de viver o Serviço Social*. Campinas, 1996. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

GRINBERG, L., LANGER, M.; RODRIGUÉ, E. *Psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1976. 262p.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 1992, 203 p.

HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional*. São Paulo: Dynamis editorial, 1999. 200p.

HAGUETE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. 110 p.

HAHN, M.S Educação continuada - o processo de supervisão em psiquiatria: do aluno ao profissional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v.1, n.1, p.50-65, 1990.

\_\_\_\_\_. *O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em terapia ocupacional: a opção pela psiquiatria e saúde mental*. Campinas, 1999. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

HARRIES, P. Facilitating change in Anorexia Nervosa: the role of occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 55, n. 9, p.334-9, 1992.

HOWE, M. SCHWARTZBERG, S. *A functional approach to group work in occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott, 1986.

JORGE, R. C. *Chance para uma esquizofrênica*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1981. 115p.

\_\_\_\_\_. *Psicoterapia ocupacional: história de um desenvolvimento*. Belo Horizonte: Casa Dois, 1995. 155 p.

KADIS, A.L.; KRASNER, J.; WINICK, C.; FOULKES, S.H. *Psicoterapia de grupo*. 3 ed. São Paulo: Ibrasa, 1976. 212 p.

KIRSCHBAUM, D.I.R. *Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50*. Campinas, 1994. 2v. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. 398p.

LADRIÈRE, J. *A articulação do sentido*. São Paulo: EDUSP, 1977.

L'ABBATE, S. *O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de Saúde em Campinas*. Campinas, 1990. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo.

- LANCMAN, S. A formação do terapeuta ocupacional rumo à constituição de uma identidade profissional. Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 5, out. 1997, p.127-131. *Anais ...* Belo Horizonte: ABRATO/ATOMG, 1997.
- LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. 2 ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983. 316p.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 552p.
- LIMA, M.C.P. *Hospital-dia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP: estudo descritivo da população atendida*. Campinas, 1999. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- LLOYD, C.; MAAS, F. Occupational therapy group work in psychiatric settings. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 60, n.5, p. 226-9, 1997.
- LOPES, R.E. *Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde de pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo*. Campinas, 1999. 2v. Tese (Doutorado em Educação: Administração e supervisão educacional) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- MAC DONALD, E.M. *et al. Terapêutica ocupacional en rehabilitación*. Barcelona: Salvat, 1972.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: medicina social e constituições da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 5ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. Introdução, p.VII-XXIII.

MAGALHÃES, L.V. *Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição*. Campinas, 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

\_\_\_\_\_. O novo paradigma da terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional PUCCAMP*, Campinas, n.1, p.59-62, 1997. (Edição especial):

MAHLER, S.; TSCHABRUN, B. Experience and youth group: for elderly and adolescent psychiatric patients. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 32, n.2, p.115-7, 1978.

MATTOS, H.O. *Laborterapia*. São Paulo, 1922. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MAXIMINO, V.S. A constituição de grupos de atividades com pacientes graves. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.1, n.1, p.27-32, 1995.

\_\_\_\_\_. *A constituição de grupos de atividade com pacientes psicóticos*. Campinas, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

- MEDEIROS, M.H.R. *A terapia ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social*. Campinas, 1989. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Instituto de Filosofia, Puccamp.
- MELLO FILHO, J. *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1989.
- \_\_\_\_\_. Grupoterapia com pacientes somáticos: 25 anos de experiência. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. (et al.) *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap.18, p.185-204.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1992. 269p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - “Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos”. Brasília, 1996. 24p.
- MORENO, J.L. *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. 2 ed. Campinas: Editorial Psy. 1993. 377p.
- MORIN, E. et al. *Idéias contemporâneas*. São Paulo: Ática, 1989.
- MOSEY, A.C. The concept and use of developmental groups. *American Journal of Occupational Therapy*. v.24, n.4, p. 272-275, 1970.

- NASCIMENTO, B.A. *Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- NELSON, D.L. Why the profession of occupational therapy will flourish in the 21st century. *American Journal of Occupational Therapy*. v.51, n.1, p.11-24, 1997.
- NERI, C. *Manual de psicanálise de grupo*. Rio de Janeiro: Imago, 1999, 276 p.
- OLIVEIRA JÚNIOR, J.F. *Níveis de experiência e interpretação em grupanálise: um estudo das idéias de Cortesão*. Campinas, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Universidade Estadual de Campinas.
- PÁDUA, E.M.M. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. Campinas: Papirus, 1996, 94 p. (Coleção Magistério: formação e trabalho pedagógico).
- PAIVA, L.M. *Psicanálise de grupo: grupanálise combinada, psicoterapia analítica de grupo e co-terapia*. Rio de Janeiro: Imago, 1991, 432 p.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *Teoria do vínculo*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988, 143 p.
- \_\_\_\_\_. *O processo grupal*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991, 181 p.
- PIERGROSSI, C.J.; GIBERTONI, C. The importance of inner transformation in the activity process. *Occupational Therapy International*, v.2, n.1, p.36-47, 1995.

PINTO, J.M. *As correntes metodológicas em terapia ocupacional no Estado de São Paulo (1970-1985)*. São Carlos, 1990. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos.

PITTA-HOISEL, A. M. *Sobre uma política de saúde mental*. São Paulo, 1984. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PRATT, J.H. Class method of treating consumption in the homes of the poor. *The Journal of the American Medical Association*. (JAWA), v.49, n.1, 1907.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes e Abrasco, 1990. cap.1, p.15-74.

REZENDE, A. M. Psicanálise e filosofia da ciência: a questão da verdade. *IDE*, São Paulo, v.14, p.21-24, 1987.

\_\_\_\_\_. *A questão da verdade na investigação psicanalítica*. Campinas, S.P.: Papyrus, 1999. 247 p.

RIBEIRO, P. R. M. *Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Arte & Ciência, 1999. 192 p.

ROCHA, F. F. *Hospício e colônias de Juquery: vinte annos de assistencia aos alienados em São Paulo*. São Paulo: Typ. Brasil Rotschild, 1912. 71p.

ROPA, D. As três dimensões da supervisão. *Percurso- Revista de psicanálise*, São Paulo, v.3, n.5/6, p.55-62, 1991.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental. *Arquivos da coordenadoria de saúde mental do Estado de São Paulo*, v.18, n. Especial, p.1-41, 1983.

SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, v.29, n.1, p. 63-74, 1995.

SCHUMAN, S.; MARCUS, D.; NESSE, D. Puppetry and the mentally ill. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 27, n.8, p.484-6, 1973.

SEXTON, H.; FORNES, F.; KRUGER, M.B.; GREINDAHL, G.; KOLSET, M. Handicraft or interactional groups: a comparative outcome study of neurotic inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 82, p. 339-43, 1990.

SILVEIRA, N. O mundo contemporâneo é impaciente. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 24 jan. 1987. Cultura, p.1-3.

SIMON, H. *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat Editores, 1937. 206p.

SOARES, L.B.T. *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Carlos, 1987. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos.

SOUZA, C.T.C. Perfil do terapeuta ocupacional brasileiro. Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 5, out. 1997, p.127-131. *Anais ...* Belo Horizonte: ABRATO/ATOMG, 1997.

TANAKA, O.Y. A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. *Revista Saúde em Debate*, v.33, p.73-79, 1991.

TRIVIÑOS, A.N.S. Pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas, 1987. Cap.5, p.116-175.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. *Experimentação com seres humanos*. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1987. 160 p.

WINNICOTT, D.W. *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, 203 p.

\_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 268 p.

\_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 247 p.

\_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 456 p.

WOODSIDE, H.H. O desenvolvimento da terapia ocupacional de 1910 a 1920. In: *Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria*. Textos compilados e traduzidos pelo Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas. Belo Horizonte: FCM/PUCCAMP, 1979. (Apostila)

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos técnicos. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. (*et al.*) *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap.2, p. 33-40.

ZIMMERMANN, D. *Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo*. São Paulo: Mestre Jou, 1971.

124  
ZUSMAN, J.A. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. *J. Bras. Psiq.*, v. 44, n. 2, p. 63-66, 1995.



## *SUMMARY*



This work has the objective of presenting a clinical-theoretical study of Occupational Therapy, in the context of activities groups attendance, from psychodynamic basis. It is a qualitative research, conducted by semi-structured interviews applied to fifteen occupational therapists. Firstly, historical features related to mental health and Occupational Therapy were retaken. In the sequence, considering the complete data collected with the interviews, it were detached and analyzed aspects related to their experiences related to clinic work developed with groups of activities on several mental health public assistance contexts. It was emphasized their formation and theoretical basis, types of interventions, practical aspects related to the management of the activities groups and attributions of this professional's role as a group of activities coordinator. It was noted the relevance of group of activities as one more therapeutic resource on mental health assistance. It was still evidenced the influence of psychodynamic theoretical basis on clinical practices of these professionals, allowing an improving on their comprehension of Occupational Therapy activities groups.





# *ANEXOS*



## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa de doutorado da terapeuta ocupacional Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin cujo título provisório é: “*O papel do terapeuta ocupacional em atividades de grupo em instituição: uma discussão teórico-clínica*”, a ser realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Declaro que os objetivos desta pesquisa me foram esclarecidos bem como minhas eventuais dúvidas e indagações.

Estou ciente de que posso, em qualquer momento, solicitar minha exclusão desta pesquisa.

Aceito que os dados obtidos nesta pesquisa possam ser publicados quer na tese quer em outras formas do meio científico, sendo assegurado o sigilo de minha identidade.

Campinas, março de 1998.

\_\_\_\_\_  
Nome:

Dados pessoais:



# *ENTREVISTA 02*



**[nome] eu queria que você falasse sobre a sua formação.**

Bom, eu fiz a graduação aqui na PUCC de [data], saindo daqui, eu fui para a Escola Paulista de Medicina. Fiz formação durante dois anos e também concomitantemente eu fiz formação no Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. Você quer que eu fale um pouco do que que compõe essa formação? Então é assim, na Escola Paulista a gente tinha uma grande carga horária prática, e já no Centro de Estudos eu tinha uma questão mais teórica, né? Então na Escola Paulista é um programa que a gente faz junto com os residentes, então a gente passa por um [local de trabalho] de esquizofrenia, um [local de trabalho] de dependência, um [local de trabalho] de crise, a enfermaria de psiquiatria e só, prática, e aí a gente tem os cursos teóricos de psiquiatria especial, psiquiatria infantil, psicanálise, técnicas de psicoterapia e os específicos de Terapia Ocupacional que são quatro módulos. Os mais..., um módulo inteiro para estudar primeiro as trilhas associativas e os outros módulos para falar um pouco sobre a intervenção da Terapia Ocupacional em si, né? No Centro de Estudos a formação é mais teórica, então a gente estuda um ano de psicanálise, um semestre de psicopatologia, um ano inteiro, que é o que a gente chama de laboratório de atividades, que é a única que tem na prática, que é quando a gente estuda as trilhas associativas. E está faltando um módulo que eu não me recordo qual é.

**Qual seria?**

Dinâmica de grupo? Não, não é, não tem nenhum módulo específico de dinâmica de grupo, a gente estuda dinâmica de grupo quando está estudando Terapia Ocupacional I, né? Que foi a Sônia Ferrari, que me deu a disciplina, a gente estuda bastante dinâmica de grupo, todos os autores relacionados ao grupo a gente estudou. É nessa disciplina, no Centro de Estudos. Na Escola Paulista, a gente estuda dinâmica de grupo quando estuda técnicas de psicoterapia.

**[nome] os dois cursos tanto na Paulista quanto no CETO, são em nível do que, de aprimoramento?**

Não, são especializações, ambos são nível de especialização, isso tem a ver com a carga horária que eles pedem, né? Os títulos que eu tenho são títulos de especialistas, não tenho nenhum aprimoramento.

Ah! na Escola Paulista o trabalho todo é feito sempre em equipe, a gente passa pelos mesmos setores que passam os residentes, os assistentes sociais e os psicólogos. E no Centro de Estudos é referente aos Terapeutas Ocupacionais, né? Eu acho que de formação, fora os cursos que a gente ia fazendo ao mesmo tempo, mas a minha formação é essa.

**Nessa formação você, sente que teve uma ênfase para alguma linha mais específica, e se teve, como é isso?**

Tem, né! A minha formação inteira ela é psicodinâmica, né! Os autores são todos psicodinâmicos, principalmente no Centro de Estudos. Na Escola Paulista isso é um pouco diversificado, Porque, por exemplo, a gente estudou psiquiatria social, a gente estudou muito a farmacologia, né! Dependendo de quem estava ministrando essas disciplinas, você vai tendo um viés que é muito diferente. Eu tinha professores que eram muito organicistas, né? Tinha outros professores que eram psicanalistas ortodóxicos, então, isso na Escola fica um pouco mais diluído, agora no Centro de Estudo os coordenadores têm uma formação psicodinâmica, então os autores que a gente estuda são mais relacionados à psicodinâmica.

**Dá para você falar um pouquinho desses autores, em termos de Terapia Ocupacional?**

Tá! Então a gente estuda, assim, estuda os autores clássicos da Terapia Ocupacional, então o Fidler, Azima, Wittikower. A gente estuda alguns Terapeutas Ocupacionais franceses, o Perrier; Ah!, fora de Terapia Ocupacional a gente estuda muito Winnicott, que é um autor que, eu acho que não é Terapeuta Ocupacional, mas acho que a gente utiliza muito dele. Ah!, quem mais? Ah!, as brasileiras, então a gente estuda a tese da Jô Benetton que foi a questão da técnica. As trilhas associativas a gente estudou muito, os artigos da Sônia Ferrari. A gente estudou... alguns artigos da Viviane, enfim, a gente usou, alguma coisa,

muito pouca da Lilian quando a gente falava mais sobre formação, da Léia, não preciso falar todos os livros, né? Eu acho que eu nem me lembro né? Ah alguns outros autores.

**Alguma coisa de outros terapeutas brasileiros vocês estudaram?**

Posso dizer claramente, né? Só para criticar. (risos). Não. É verdade, a gente estudou sim, estudou sobre Chamone, mas sempre para fazer um contra-ponto. Mas estudamos sim. Acho que têm alguns autores que não são Terapeutas Ocupacionais, mas que a gente estudou muito, por exemplo, Perrier, Maud Manoni a gente usou. Ah! a gente estudou alguma coisa, não lembro um autor Argentino que trabalha com grupos, Píchon Rivière. A gente estudou um pouco, Ah! acho que o quê eu me lembro é só isso.

**[nome] então fala sobre a sua prática em termos de atuação, sua prática profissional com relação à grupos, e o que você desenvolve nos serviços que você atua?**

É assim, acho que atualmente eu tenho tido menos grupo, mas depois eu falo porquê. Mas de toda minha prática profissional, que não tem muito tempo, eu estou formada há [*tempo de formada*], né? Eu fiquei um tempo aqui na PUCC, né? Substituindo a docência, e que também trabalhei com grupo. É muito legal poder ter tido esses dois lados, assim, o grupo para tratamento e o grupo para formação, mas na verdade sempre trabalhei atendendo em grupo. Atualmente fica mais difícil, por conta de questões da instituição, embora tenha uma pressão muito grande para se trabalhar com grupos. Eu tenho é, Ah! eu não tenho espaço para fazer isso. Eu não tenho sala para fazer grupo, eu tenho uma dificuldade grande de adesão dos pacientes, por conta de horário, por conta do local do [*sala no local de trabalho*], então atualmente eu tenho tido mais pacientes individuais, mas desde a época da minha formação eu trabalhei com isso. Eu trabalhei em hospitais psiquiátricos, em dois grandes hospitais psiquiátricos que eu fazia atendimento grupal. Na verdade eu fazia atendimento em grupo, em alguns momentos atendimento grupal. É legal diferenciar?

### **Eu acho, os dois.**

Assim, eu trabalhava com pacientes cada um fazendo uma atividade, mas todos reunidos, e aí a gente diferencia isso, essas são chamadas de atividades em grupo, todos os pacientes estão na mesma sala, eles se relacionam mas cada um fazendo uma atividade. Em alguns momentos, muito difícil, a gente trabalhava com atividade grupal, ou seja, todo mundo trabalhando numa mesma, num fim, para um mesmo fim, se não numa atividade, mas numa etapa compondo uma mesma atividade. Então, por exemplo, vamos construir uma estante, e aí cada um vai fazer uma parte do trabalho mas todo mundo para o mesmo fim, pensando no mesmo objetivo. Ah, atualmente eu tenho conseguido fazer isso com meu único grupo de pacientes psicóticos no *[local de trabalho]*, a gente está nessa mas, mas é meio que evolutivo, né? A gente está um tempão trabalhando com atividades em grupo, cada um fazendo por si.

### **Que dois hospitais foram esses que você trabalhou?**

Eu trabalhei na *[local onde trabalhou]*, eu fiquei trabalhando nove meses, oito meses enquanto eu estava em SP, e trabalhei num setor de pacientes femininas crônicas, foi um trabalho muito difícil, muito, muito, muito difícil. Trabalhei um período no *[local onde trabalhou]*, muito pequeno, dois ou três meses só, foi exatamente antes de eu vir aqui para a PUCC, e também fiquei, só que aí, eu fiquei no setor masculino de pacientes crônicos. A única experiência com pacientes agudos que eu tive foi na enfermaria de psiquiatria, da Escola Paulista, onde eu também trabalhava com grupos. Nós tínhamos dois grupos de Terapia Ocupacional, específicos, e todo atendimento era feito em grupo, né? Era um grupo de verbalização seguidos por grupo de atividades todas as manhãs, e aí no período da tarde, a gente tinha os grupos específicos de Terapia Ocupacional.

Ah!, me custou muito tempo, e até hoje eu tenho dúvidas, para diferenciar esses dois grupos. Eu me lembro que era uma coisa que eu questionava muito na especialização, enquanto eu estava estudando ainda, porque eu ficava pensando em qual era e especificidade, né? O quê que era diferente deste tipo de grupo, com o grupo de atividades da Terapia Ocupacional, né? Era uma coisa que gente discutia muito, nas supervisões.

Será que eu estou falando muito baixo?

**Espera aí, vamos ver? (Mudamos de sala para uma sala mais reservada) vamos continuar, então [nome].**

**Fala sobre isso, era um grupo de verbalização e em seguida tinha um grupo de atividades de T.O, você falou que demorou um pouco para diferenciá-los, fala um pouquinho como é que você está vendo isso hoje, distanciada dessa experiência?**

Eu acho que mesmo no final da especialização, isso já era um pouco mais claro na minha cabeça. Ah! na Escola, quem coordenava os grupos eram os diferentes profissionais, Psiquiatras, Terapeutas Ocupacionais e Psicólogos, que se utilizavam da atividade para compor o grupo, né? Então normalmente eles fisgavam aí, no momento da verbalização algum assunto que parecia importante que introduzia algum instrumento expressivo, eles costumavam chamar assim, para poder continuar conversando sobre esse tema. Embora as pessoas fizessem coisas, essas coisas feitas eram sempre usadas para fazer um discurso, né? Então faziam parte do discurso, né? Uma tentativa as vezes até de interpretação, a coisa do fazer. Assim, o processo era muito pouco aproveitado porque sempre se reduzia, porque tinha um preocupação muito grande em saber sobre o que estava sendo feito, tanto que no final, tinha sempre de novo uma discussão.

Hoje em dia, eu consigo perceber isso com a diferença dos poucos grupos que eu tenho, né? O discurso, ele é muito importante, sim né? Mas ele é importante para compor o fazer, e não fazer para compor o discurso. Eu acho que esta é a grande diferença. Hoje eu penso que é isso, né? Não dá para desvincular, é óbvio que todos os pacientes falam e é óbvio, que tudo que se diz é de muita importância, né? Mas a questão da relação que se estabelece, do contato que se estabelece, da forma com que é feito e do fim que se dá para o que é feito é muito mais aproveitável hoje em dia nos meus grupos. E também nos grupos de Terapia Ocupacional que a gente fazia lá. Eu me lembro que a gente fez um grupo que chamava Fatos de Convivência, né? E que foi um grupo muito interessante, que a gente fazia na enfermaria com as pacientes, e onde a gente tinha muito pouco, a gente discutia muito pouco sobre o que estava falando e era muito engraçado que as próprias pacientes

perguntavam “Mas a gente não vai conversar sobre o que a gente fez?”, elas estavam tão habituadas a fazer e depois ter que falar sobre o que faziam, que quando a gente não propunha isso, elas se assustavam, né? “Ah!, mas então, a gente pode levar para casa?”, “A gente pode levar para o quarto?”, “É só isso?”, “É só isso hoje?”, elas ficavam um pouco melhor, né?

**Então nesse grupo vocês faziam as atividades, sem essa preocupação de ter que falar?**

Sem a preocupação de ter explicar, né? Eu acho que a gente, sabe aquela coisa de assim “O quê que você acha, o quê que é isso que você está fazendo?”, sabe? Que era uma pergunta muito comum nos grupos atendidos por outros profissionais, né? Perguntar “Para quê que serve?”, “Quem está dentro dessa casa?”, “Essa casa é sua?” ou “Você está fazendo esse trabalho pelo seu pai, né?”. Deixar que no momento do fazer, essas coisas voltem surgindo, às vezes a gente apontava assim, algumas coisas que estavam muito claras, assim já conhecendo um pouco mais da história do paciente, já sabendo mais da onde ele veio, o quê que estava acontecendo com ele. A gente até fazia intervenções, mas muito poucas, muito poucas também, porque a gente não tinha tanta segurança, eu acho que começa daí.

Então esse grupo começou, Ah!..., a gente tinha um tempo para ficar com essas pacientes, e começou à pesquisar o interesse delas. Assim, o que cada uma sabia fazer, o que cada uma gostava de fazer e a gente foi começando a trocar essas coisas que cada uma tinha de saudável, né? E a partir daí surgiram muitas histórias, muitas histórias. É óbvio que em alguns momentos a gente perguntava, mas não tinha essa obrigação, nunca teve. Mesmo nos grupos que hoje eu tenho, são grupos onde a gente super-valoriza o processo, né? Super-valoriza a forma com que essa paciente faz.

Não está muito rápido?

A forma com que ela faz, a gente super-valoriza o inter-relacionamento. Então, o que é uma grande preocupação, assim!, é favorecer o contato de uma com as outras e crescer isso. Então é um grupo que a gente se preocupa muito em sair. As vezes tem algum evento, a gente fica sempre tentando levá-las, e tem esse caráter que é de ampliar as relações, né? Assim, se a pessoa é psicótica, ela tem um controle de humor? Mas ela também pode fazer

isso, pode fazer aquilo, ela consegue trabalhar em quê? Ela consegue se relacionar de que forma? Quais são os interesses de relação que ela tem? Então a gente tenta super-valorizar isso muito mais do que: “Ela está delirando, por que?”, “Qual é o conteúdo do delírio dela?” Ah!, “Vamos proporcionar atividades para que essas coisas venham à tona?” Venham à tona, sempre vem né? É óbvio que a gente sempre olha para uma atividade com essa “olhadinha”: “Ah!, aqui tem”, mas aqui, tem o momento certo para usar isso.

**[nome], fala sobre, como é que você organiza um grupo, por exemplo no [local de trabalho], quais são os critérios, me fala um pouquinho dessa organização.**

Certo. Olha Luisa, no [local de trabalho], a gente fez... eu vou tentar falar mais um pouco desse grupo de pacientes psicóticos que eu tenho, que é o único grupo que eu considero como um grupo organizado, tá?

Têm dois anos que eu estou no [local de trabalho], é legal eu te falar isso, quando eu cheguei no [local de trabalho] não existia Terapia Ocupacional, nunca tinha tido Terapia Ocupacional lá, nunca tinha tido equipe de saúde mental. Tinha um Psiquiatra, que era um Psiquiatra extremamente organicista, só medicava, então ele atendia os pacientes de setenta em setenta dias, quando não atendia de noventa em noventa, uma grande demanda de paciente epilético, uma grande demanda de paciente diagnosticado como depressivos, deprimidos, mas que a gente questiona muito, e quase não tinha psicóticos. Quase não tinha drogadito, quase não tinha alcoolista, alguns deficientes mentais. Então quando a gente chegou, primeiro que não tinha encaminhamento para a Terapia Ocupacional, porque ninguém nem sabia o que era Terapia Ocupacional, e depois que começou a ter encaminhamento, essa demanda, tudo podia ser paciente de Terapia Ocupacional. Então demorou um tempo muito grande, para poder organizar essa demanda. O que fica, o que não fica, o que encaminha. E a gente tem um esquema agora, no [local de trabalho], que todo mundo faz triagem. Então o paciente chega para a triagem e aí ela vai para a primeira pessoa que tem vaga na agenda, vai para fazer triagem, então eu faço triagem, a [colega] que é Psicóloga faz triagem. Atualmente têm dois Psiquiatras, graças à Deus, muito legais, que fazem triagem, então, hoje as coisas já estão mais tranquilas, né? Mas quando eu

cheguei, ia direto para o Psiquiatra, e aí por exemplo, virou rotina desses Psiquiatras encaminhar tudo sem nenhuma restrição para a Terapia Ocupacional e para a Psicologia. Então virou conduta. Como ele encaminhava para o Ginecologista as mulheres, ele passou a encaminhar para a Terapia Ocupacional e para a Psicologia. Então ficou um tempo muito grande para eu conseguir organizar essa demanda.

**(falou muito baixo)**

Não é uma coisa de louco e não é só no meu *[local de trabalho]* não, eu acho que isso é um dado de todos os Centros de Saúde. Porque Luisa é difícil de definir o papel da Terapia Ocupacional dentro de uma Unidade Básica, eu não posso ter uma especificidade, eu não posso chegar numa Unidade Básica e dizer: "Eu vou trabalhar com paciente psicótico ponto." Não eu sou porta de entrada, eu tenho que no mínimo, dar conta de uma série de coisas que batem, se não para ficar comigo, pelo menos para avaliar e encaminhar para o lugar adequado, né? Então não dava para eu fechar a questão, mas dava para eu iniciar um trabalho. Então, assim, e como a minha formação assim, eu acho que historicamente Terapeutas Ocupacionais trabalham com pacientes graves, e os pacientes mais graves de um *[local de trabalho]*, quer dizer, hoje eu questiono isso, eles são psicóticos? Então foi o primeiro ponto que eu peguei. Eu fiz um levantamento de todos os pacientes psicóticos e comecei a convocar esses pacientes psicóticos. Desses pacientes psicóticos, têm dois anos que eu estou lá, eu conto dez pacientes. Desses dez, têm cinco que estão em grupo e têm outros cinco que ainda estão, eles vão e voltam, vão e voltam, vão e voltam, ainda não estão aderidos ao serviço, que são os pacientes mais graves, e alguns deles ainda estão em atendimento individual. Eu estou começando um outro grupo com esses pacientes, são três pacientes, que estão em acompanhamento individual, e que agora estão aderindo ao serviço. São pacientes que normalmente, costumam ser paranóicos, por exemplo, tem muita dificuldade de ficar em grupo à princípio, né? Então, eu fiquei, é... como eles já tinham uma dificuldade de aderência, eles ficaram um tempo em atendimento individual, e agora a gente vai indicar um outro grupo, está para começar em Janeiro.

Então eu comecei pelo grupo de pacientes psicóticos, esse grupo, porque foi assim, quando eu chamo de pacientes psicóticos, eu não estou falando só de esquizofrênicos né? Eu tenho pacientes que têm alteração de humor, eu tenho, uma paciente que ela tem uma neurose grave que acha que é (**ruídos**). Então não foi por diagnósticos psicopatológicos que a gente selecionou, mas por condições de conviver com pessoas né? Então a gente pensava assim: “Ah!, Dona [*nome da paciente*], puxa! ela está mais comunicativa, eu acho que se ela ficar perto da Dona [*Nome de outra paciente*], isso pode facilitar, elas têm os mesmos interesses, elas têm uma faixa etária parecida.”. Então a montagem do grupo, esse primeiro grupo foi muito assim, tinha tantos, então nós vamos montar com esse tanto que tem, porque não ia sair grupo. Agora a introdução de outras pessoas foi muito por aí: “Ela vai ficar aí?”, “Será que cabe nesse grupo?”. Por exemplo, a gente tem um paciente, é difícil falar pelos nomes, mas porque eu acho que é esse o diagnóstico que uma Terapeuta Ocupacional faz no momento de introduzir num grupo, né? Entende? Assim, é um diagnóstico que tem a ver com a situação que o indivíduo está naquele momento. Ele pode ser um neurótico, e estar, e é possível de se beneficiar de um grupo de psicóticos, porque ele está tão grave, ele está tão prejudicado que ele não vai conseguir ficar num grupo de verbalização o tempo todo ...

**Tá, seria como esse diagnóstico? fundamenta-se em que aspectos? Quais questões seriam importantes?**

Isso, também diz respeito à psicopatologia, não é que a gente descarta. É óbvio que se tem um cara que está delirando vinte e quatro horas por dia, ele não deve entrar nem para grupo, entende? Mas, é muito mais baseado no que, de que forma que esse indivíduo se relaciona, de que forma que ele consegue ficar, né? É assim, tem muito da história de vida, e ela forma queixas, porque assim, as vezes meu coordenador fala muito assim: “Você vai fazer duas triagens?” Mas você já não conversou com esse paciente?”. Eu conversei uma vez, sabe, não deu para colher todos os dados. E aí, eu me questiono até hoje se isso, se esse é o melhor jeito de se fazer grupo em [*local de trabalho*]. Eu acho que isso é uma dúvida minha. Ah, talvez não seja a maneira mais correta mas?..... (fita desliga) Eu acho que essa é

a maneira que eu aprendi, e que eu sei fazer, né? Então assim, a gente tem, eu tenho outros grupos, né?

**Tá, mais continua falando um pouquinho desse, como você formou esse grupo, e aí?**

**Ele é fechado, ele é aberto?**

Ele é fechado. Esse grupo é fechado. Esse grupo vem caminhando junto, quando eu chamo de grupo fechado, eu estou dizendo assim, tem, um grupo que está formado, não é fechado no sentido de ter tempo, eu acho que tem uma diferenciação teórica aí, né?. É assim, é um grupo que tem um número delimitado de participantes. A entrada ou saída é sempre comunicada ao grupo, tem sempre uma conversa quando a gente pensa em colocar alguém no grupo, tem sempre uma preparação. Mas não é um grupo aberto no sentido de diariamente, o grupo acontece de tal a tal hora, e quem aparecer fica no grupo, não. A gente tem uma exigência de horários, um grupo que dura uma hora e meia, ele é feito semanalmente, a idéia era fazer duas vezes por semana, mas é impossível. Impossível porque têm milhões de outras coisas acontecendo. Ah!, a saída, a gente não teve nenhuma alta, ainda desse grupo. Ficam sempre seis pacientes, mulheres e teve um homem, que acabou se mudando da região e foi embora, mas é um grupo de mulheres, e esse novo grupo que a gente vai iniciar, são três, Ah! são três rapazes. São três homens. Então assim, a gente vai ficar com um grupo de mulheres e um grupo de homens, não de propósito, mas porque acabou sendo assim.

**E vocês trabalham com atividade?**

Com atividade.

**Me fala um pouquinho como você insere a atividade, como é que é esse seu trabalho com esse grupo e a atividade?**

Tá! É assim, eu acho que eu vou contar um pouco de como é que foi, né? A gente começou esse grupo Luisa, a gente não tinha material no [local de trabalho], né? Continuamos não tendo. Mas é que é assim, a gente vai dando um jeito, né? Então, a gente faz uma

querresse no bairro, onde bota uma “barraquinha” e vende cachorro-quente, aí com o dinheiro do cachorro-quente, a gente, profissional, né? Ainda não tem paciente participando disso, no grupo de psicóticos. No grupo de terceira idade, os pacientes têm a barraquinha deles, enfim, é um grupo que meio que se auto-sustenta, mas por que tem um outro objetivo, né? Ah, assim, com psicótico, a gente ainda não chegou nesse nível, é assim. Bom! então a gente começou um grupo e no início era um grupo que a gente usava muito, é, a gente fazia muitos jogos corporais, a gente fazia, usava muita história, sempre teve um outro elemento que não só o: “Vamos conversar sobre como foi seu dia hoje.” ou “O que você está fazendo?”, enfim.

Tem uma Psicóloga que trabalha comigo nesse grupo, né? E a princípio a gente tinha uma idéia de fazer um grupo que era, que ela pudesse coordenar, assim, verbal, e que a gente introduzisse uma atividade. Por que disso, né? Assim, eu acho que foi uma tática minha porque, isso é verdade, porque assim, existia, existe sempre um grande receio, com Terapia Ocupacional, ah!, mas a gente vai só fazer isso, né? E eu desde o início, eu falava para a [psicóloga], Ah, olha, você vai entender, porque eu já tinha explicado, eu já tinha levado o material de Terapia Ocupacional para ela ler, mas ficava ainda muito, muito, muito vago na cabeça dela. Ela estava se dispondo a fazer esse grupo comigo, era uma profissional, é ainda, né? É muito competente, e eu sabia que ia ser muito importante ter uma co-terapeuta, porque é difícil você coordenar um grupo de, psicóticos, sozinha numa sala Luisa, que é assim, ela é menos da metade disso aqui. Eu tenho uma mesa de consultório médico, os poucos materiais que você vai tendo, tudo entulhado, então é muito difícil de coordenar esse grupo assim, não tem uma disposição apropriada, não tem um material apropriado, enfim, e acontecem muitas coisas no grupo que você acaba perdendo, e era, eu queria muito que ela coordenasse esse grupo junto comigo.

Então foi uma tática, porque eu tinha certeza que isso ia alterar com a medida do tempo, com o passar do tempo e realmente hoje em dia, assim, a gente entra no grupo, entra no grupo, Ah! tem o momento de recepção, sempre tem um momento de recepção onde as próprias participantes se cumprimentam, perguntam sobre o que está fazendo umas para as outras, e assim, isso não dura mais do que dez minutos. Imediatamente as pessoas já pegam

suas atividades, quando não pegam, assim, teve um momento anterior que me perguntavam assim: “Mas a gente não vai trabalhar?”. Então esse grupo desde o início, embora seja um período onde a gente usava muito atividades verbais, por conta de falta de material, sempre teve uma contribuição, que é, nós estamos aqui para fazer coisas, né? Nós vamos trabalhar, né? Ah! e hoje em dia é assim, elas levam coisas para casa, todas elas têm atividades que fazem junto com a gente, e atividades que levam para casa, todas trabalham em casa, com atividades mais estruturadas, então, muitas fazem coisas. Bordam arraiôlo, tem uma outra parte do grupo que está fazendo vagonite, tem uma parte, que já bordaram em pano de prato, já fizeram sacola de macramê, essas atividades mais estruturadas elas levam para casa para fazer. E no grupo se concentra mais ou atividades artísticas, como pintura, escultura, Ah, decoupage, as vezes é alguma atividade mais estruturada, por exemplo, a atividade feita no Natal, né? Então é época de fazer enfeite de Natal, é época de fazer enfeite para enfeitar a nossa sala, então a gente vai começar a fazer uma árvore onde todo mundo vai a trabalhar junto, Ah!, a gente já fez, a gente já fez um, um porta-vaso, a gente tem um vaso na sala, então fez o porta-vaso todo mundo junto.

**E [nome], nessa coisa de introduzir a atividade, qual é o seu papel? Como é que você faz isso? Você propõe a atividade, elas escolhem livremente, com é que você trabalha nesse grupo a questão da atividade?**

Olha Luisa, eu posso fazer uma leitura desse grupo que é assim. A minha postura é em todos os grupos, né? É sempre, a minha primeira proposta é sempre fazer junto. Seja para, para sugerir uma atividade, ou para ajudar numa atividade, ou para ensinar uma atividade. Têm alguns casos que a minha proposta inicial é eu vou te ensinar a fazer isso, né? Mas é sempre a minha postura. Salvam alguns casos que você vê que a pessoa está absurdamente precisando falar. Isso acontece muito, né? Nesse grupo dá para fazer uma leitura da forma com que o grupo se utiliza da atividade. Então foi um grupo que chegou e que a gente, a gente usava dessas brincadeiras, a gente usava da leitura de história. Cada um contava uma história né? Ah, histórias de infância, história, que já tinha ouvido do pai e da mãe, então sempre tinha uma proposta lúdica no início, né? A partir do momento que a gente foi

adquirindo materiais, é essas pessoas tinham uma, como é que eu vou dizer, ficavam muito constrangidas. Tinha um constrangimento, ninguém escolhia fazer nada. Então eu passei um tempo sugerindo, né? “Ah, [paciente], acho que você poderia fazer isso.”, “Ah [paciente], acho que você podia fazer aquilo, tenta fazer isso.”, e ia ensinando, né? Todas as atividades foram ensinadas. Há casos, por exemplo, desenho livre, né? “Ah, hoje vamos desenhar.”, mas porque o grupo tinha, eu não chamo de resistência, não dá para chamar de resistência, eu acho que era, falta de costume como é que, tem uma palavra para isso? Falta de contato, isso. É, é uma coisa de desconhecido, sabe? Como é assim, as falas eram muito estranhas, né? “Ah mas eu nunca pintei, mas eu nunca tinha nem visto isso né? Mas eu vou fazer um quadro? Assim, nunca joguei dominó.” Eram pacientes muito comprometidos, e assim, tem a característica da população que é uma população muito pobre, pobre, não só no sentido financeiro, mas pobre de opções na vida, pobre de estímulos, né? Então elas ficavam, eu sentia que tinha desejo no grupo, né? Eu acho que é a coisa do psicótico mesmo, né? Assim, que quer mas que não consegue. Muitas vezes a gente ficou muito tempo sem fazer nada, né? Ficava com o material, ficava mexendo no material, mas não saía nada no final, não conseguia desenhar, não conseguia modelar em argila, foi assim, eu fiquei um tempo sugerindo atividades e insistindo. E têm alguns pacientes que eu ainda faço isso: “Não mas hoje a gente vai, a gente vai trabalhar, hoje [paciente] a gente vai trabalhar hoje.” A [paciente] ficou muitos encontros olhando revistas, ela folheava, folheava, folheava, e eu ia propondo milhões de atividades que incluíssem colagem, e nenhuma delas ela aceitava, decupagem, colagem, quebra-cabeças de figuras, nada, ela folheava aquelas revistas, incansavelmente. Ficou um tempo, ah, dá para falar individualmente, mas agora o grupo está no momento de solicitar, então eles chegam pedindo: “Ah, eu quero aprender isso.”, “Ah, você me ensina aquilo?””, “Ah eu vi tal pessoa fazendo isso.” E outra coisa interessante que acontecia, por exemplo, quando uma paciente fazia uma coisa bonita, todo grupo queria aprender: “Ah quero fazer isso, quero fazer aquilo, ah me ensina...”. E aí começou uma coisa: “[paciente], você ensina a gente a fazer isso?”, “Não, você pode ajudar?”. Ah, [paciente], joga dominó hoje com a [paciente], né?

Então quando, acontecia isso, a gente utilizava isso para poder facilitar o inter-relacionamento.

**[nome], você entende que essa forma de atuação, se relaciona com a idéia da trilha associativa, ou não?**

Então, sim, né? O meu grande objetivo é esse. Mas eu discutia muito com a Jô essa coisa, eu preciso de uma adaptação muito grande, para você fazer as trilhas associativas em um grupo, fazer trilhas associativas em um grupo em um Centro de Saúde. Eu não tenho claro isso ainda, mas assim, o meu objetivo é esse, né? É. Eu me utilizo muito das associações que são feitas durante o processo desse grupo, eu me utilizo muito. Do que elas estão fazendo, que fim elas vão dar, de que forma elas vão usar, né? E da relação que elas fazem com a história de vida, é mais do que isso, eu acho assim, qualquer sugestão, qualquer forma de ensinar, a forma com que eu estou me relacionando, tem a ver com dados que eu tenho da história dessas pacientes.

Então, eu posso dizer que o meu referencial teórico é buscar essa reinserção social a partir dessas associações, a partir das percepções que são feitas no processo assim, o refazer uma história. Mas...

**E você valoriza nesse sentido até a forma como eles manipulam os materiais, você observa isso? O quê que você observa enquanto o paciente faz a atividade?**

Eu acho a forma de manipulação sim, né? Ah, eu não diria Luisa que assim, por exemplo, deixa eu tentar explicar, não é na forma assim de por exemplo, se ela está pintando muito rápido, ou se ela está batendo muito as coisas, mas no comportamento geral, né? Então por exemplo, no tempo que demora para escolher, né? No tempo que está fazendo, as vezes fala, pára, as vezes não quer continuar, as vezes tem sono, está fazendo e eu estou percebendo que está bocejando, está muito mais preocupado com a atividade do outro do que com a própria atividade. Ah, as vezes chega e fala eu não quero mais fazer isso, está ficando muito feio, vamos jogar fora, quero jogar fora, não dos gestos em si, né? É assim,

tem, têm algumas coisas na postura que me chamam muito a atenção, e essas coisas eu super-valorizo.

### **Que coisas são essas [nome]?**

Então, fica difícil de dizer, porque tem muito a ver com casos em si. Por exemplo, eu, vou, falar porque fica difícil, eu não sei realmente, Luisa falar teoricamente, né? Eu acho que tem, eu vou tentar te dar um exemplo porque fica mais fácil. A [paciente] era uma paciente que toda vez que pegava a atividade que ela estava fazendo, ia para trás da porta. Atrás da porta assim, a porta está ali, não atrás da porta, mas assim, o grupo estava trabalhando de um lado e ela trabalhava do outro lado. E o tempo inteiro ela ficava... ela solicitava ajuda o tempo inteiro, solicitava ajuda, solicitava ajuda, e ficava pedindo atenção do grupo, né? De fora do grupo. Não diria que foram todas as vezes, mas a maioria das vezes. Então ela chamava a atenção, ela dizia: “Olha, vem ver o que eu estou fazendo, [nome] vem ver o que eu estou fazendo, me ajuda aqui, me ajuda ali.” E sempre e comia... o momento que ela não estava fazendo nada, ela não podia ficar nem um minuto sem fazer nada, porque ela comia os dedos, ela comia assim ó, puxava todas as peles dos dedos. E ela ficou assim quase um ano. Isso foi diminuindo gradativamente, e cada vez que ela mudava de atitude, por exemplo, tinha alguns momentos que ela ficava, enquanto ela estava sem fazer nada, ela começou a recolher os pincéis que estavam na mesa, então essas mudanças eu super-valorizava, que não eram grandes, que eram mínimas mas que... toda vez eu estava contando. Quando ela pegava atividade dela e vinha mostrar para o grupo ao invés de chamar, eu super-valorizava, porque é assim, as mudanças de atitude que me pareciam importantes para a história da [paciente], né? Ah eu super-valorizava. Deu para entender?

### **E [nome] fala como é que você vê o papel teu nesse grupo, a sua função, e a função do co-terapeuta, no caso a Psicóloga?**

Tá. ....me pegou hein? Eu acho que meu papel Luisa assim. Ele está muito relacionado a ... , é muito variado. Têm alguns momentos que eu me sinto professora, assim, claramente, dizendo assim porque eu estou ajudando essas pessoas aprenderem coisas, mas não no

sentido pedagógico, né? Mas no sentido mais educacional assim, né? De que forma vai ensinar? Como é que você vai fazer isso? De que jeito você está querendo fazer? Vamos ver juntos. Mas é assim, eu acho que meu grande papel é ser facilitador de relação. Chega, assim, muitas vezes a relação é comigo, né? E outras vezes a relação é entre os participantes. Então a minha função, o meu papel num grupo de Terapia Ocupacional é vamos nos relacionar, né? Porque é, e a atividade ela entra nesse sentido, para ser a facilitadora dessa relação. Que é uma relação que eu penso que tem que ser ampliada. Mas assim, é possibilitar uma relação que eu não vou dizer saudável, mas uma relação que permita com que esse paciente vá experimentando novas formas de se relacionar, não tem outra palavra, né? E a [psicóloga], que é minha co-terapeuta, ela faz muito o papel de que as vezes ela me dá alguns toques que são fundamentais, né? Porque têm alguns momentos Luisa que eu fico muito preocupada, por exemplo, com o início do grupo, final do grupo, Ah! de estar organizando as atividades junto com os pacientes, de estar sacando essas coisas que são mais do grupo como um todo. E as vezes a [psicóloga] me dá toques super importantes, no que diz respeito à minha postura com relação a tal paciente. “Ah!, você percebeu o que aconteceu”. No momento do grupo eu acho que a participação dela é mais no sentido que ela faz algumas pontuações, poucas. Mas ela, ela observa muito...

**Ela funciona como observadora?**

Não só. Mas sim. As vezes têm alguns pacientes por exemplo, que fazem, que escolhem a [psicóloga], em algum momento do grupo né? Então ela trabalha mais próxima desses pacientes. Entende?

**Será que essas escolhas tem a ver com possíveis projeções?**

Sim. Eu acredito que sim, eu acredito que sim.

**[nome] como você acha que se caracteriza o “setting” da Terapia Ocupacional nesse grupo?**

Neste grupo?

**O “setting”, como é que é? Como é que deveria ser o setting do Terapeuta Ocupacional ou da Terapia Ocupacional com grupos de atividades com pacientes na saúde mental?**

Tá, eu vou dizer então do que eu gostaria. Porque, o que é exatamente o oposto do que eu tenho. O setting que eu tenho ele é desorganizador, ele é muito desorganizador. Então é uma grande dificuldade que eu tenho, que eu acho muito importante. O setting, que no meu ponto de vista seria ideal, seria um setting onde eu tivesse o maior número de possibilidades para oferecer para esses pacientes, né? Ah, em termos de material e em termos de espaço mesmo. Então eu fico pensando que uma sala maior, uma sala onde eu pudesse organizar melhor os materiais onde esses pacientes pudessem circular, um pouco mais independentemente, porque eles ainda dependem muito de mim. Têm coisas que, por exemplo, quando a gente quer fazer alguma coisa na cozinha, que é muito legal, trabalhar com culinária é bárbaro. A gente tem que pedir licença, tem que ir para outra sala do posto, para a cozinha do posto, depende muito, tem que ficar o tempo todo pedindo para as pessoas não entrarem, assim dificulta. E eu acho que um setting de Terapia Ocupacional tem que ser um setting facilitador de experiências, né? Então, muitos materiais, muitos equipamentos, eu acho que é o que eu gostaria de ter, né? E tem uma outra coisa...

**Que tipo de equipamentos?**

Por exemplo, uma máquina de costura, um fogão, o que mais?. Ah, alguns teares eu gostaria muito, gostaria muito de ter uma bancada de marcenaria, né?

Para o paciente masculino é muito difícil, na minha sala de trabalho não tem nada próprio de interesse do homem, por exemplo. Não tem, né? É muito mais difícil, a gente tem que considerar isso, as escolhas culturais. Então quanto mais você conseguir despertar o interesse do paciente, mais fácil fica de você introduzir as atividades, né? Por exemplo eu as vezes falava, vamos trabalhar com argila? Eu tenho uma peça de argila, porque é só o que dá para ter, entendeu? Então, essa coisa de você mostrar as atividades, de certo não só em interesse em aprender fazer, mas quem foi que fez? Quem é essa pessoa que fez? De

que jeito ela fez? “Ah, mas é seu paciente também?”. Você abre uma porta para você ir por um caminho que é muito importante, principalmente para o paciente psicótico.

**Tá, então você está me falando do setting com relação ao espaço físico, aos materiais e equipamentos. O quê mais que você acha que constitui um setting da T.O.?**

Eu acho que constitui um “*setting*” da Terapia Ocupacional o interesse da Terapeuta Ocupacional.

**Como assim?**

E eu acho que a fala tem muito a ver, Ah! eu acho que não dá para desconsiderar, né? Então assim, quais são as preferências da Terapeuta Ocupacional? Eu acho que isso tem que compor o setting, sabe?, eu acho que a gente é parte fundamental. Não adianta nada eu ter uma sala enorme e linda e cheia de material e só saber trabalhar com argila, por exemplo. Então essa composição do setting também diz respeito à formação da Terapeuta Ocupacional. Sabia que (**ruídos**) faz parte da composição do setting porque querendo ou não cada vez que fala setting a gente pensa no espaço, mas eu acho que a Terapeuta Ocupacional e a forma com que ela se utiliza dos materiais compõe o setting também.

**E o contrato com esses pacientes?**

O contrato com esses pacientes é um contrato em que a palavra chave desse contrato é o de fazer coisas, né? É o que determina o encontro.

E aí tem os outros critérios, por exemplo, tem a coisa de duração, não de duração de quanto tempo, mas começa uma e meia, começa as três e termina as cinco, começa as três e meia e termina as cinco e meia, entendeu? O tempo de duração do grupo, a flexibilidade desse grupo.

**E se vai só um paciente, você atende esse um paciente?**

Atendo. Esse grupo existe, isso faz parte do contrato, esse grupo existe e se não estiver ninguém no grupo é uma coisa que o grupo... Aconteceu uma vez com a [*paciente*], ela

chegou cinco minutos antes do término do grupo e eu fiquei pensando, imagina se eu não estivesse? Eu estava lá fazendo outras coisas, mas eu estava lá, tá? Eu estava fazendo prontuários, estava fazendo alguma outra coisa, mas eu acho super importante o fato desse grupo ter que existir, tenha uma pessoa, tenha duas pessoas o grupo acontece, né?

A gente nunca desmarca, nunca deixa de fazer o grupo porque foi só uma pessoa.

**E as questões institucionais, interferem nisso, por exemplo, uma reunião, como é que você se organiza ou o quê que você valoriza desse contrato e o que você acha que a instituição as vezes interfere?**

As vezes não, sempre, né? Eu tenho uma coisa estranha, porque quando a gente fala de pacientes de saúde mental, a gente tem que pensar que tem algumas regras que são muito específicas para eles, por exemplo, essas coisas de desmarcar, as vezes a maioria dos médicos não atendem os pacientes que chegam atrasados. Já aconteceu muitas vezes de mandarem embora os pacientes meus sem que ao menos eu tenha visto, porque chegou atrasado.

Então no começo se o paciente chegava vinte minutos atrasados nem vinham falar comigo. Se eu ia ou não atender, já mandavam embora da recepção. Para o grupo a mesma coisa: “Ah, chegou atrasado o grupo começou.” e mandavam embora, né? Então precisou de um tempo para as pessoas irem entendendo que têm algumas exceções e alguns períodos. “Então por que aquele paciente você não atende quando chega atrasado, e esse você atende?”. Fica difícil de explicar isso para a pessoal da recepção de uma instituição. Hoje em dia, eu sinceramente já não tenho mais problemas com isso, então o que eu peço? Atrasados ou não, falem comigo antes de mandarem eles embora, peçam para o paciente esperar um pouquinho e vem falar comigo. Que foi...O [paciente] faz isso, o [paciente], a [paciente] faz isso, porque se não acontece muito isso, né? Como é uma regra, então chegou dez minutos atrasados os médicos não atendem mais e mandavam todo mundo embora.

E as vezes tem uma desorganização muito grande do paciente psicótico, porque ele não lembra, quando lembra já passou da hora, era das cinco e já são seis, enfim, tem uma série

de outras questões, né? A gente tenta o máximo possível preservar esse espaço de grupo, já aconteceu da gente, por exemplo, ter uma reunião em saúde mental e ter que ficar em reunião de grupo, e que aí a gente ter que desmarcar, né? a gente tenta, eu sempre procuro no máximo não marcar nenhum compromisso, quando eu tenho que faltar, quando eu tenho alguma coisa, não modificar o horário desse grupo, né?

Então a gente tenta ser muito fiel ao contrato mas têm muitas coisas nessa instituição que complicam. Outra coisa que complica, é que as vezes você tem casos que tem urgência, chega algum paciente seu passando mal e quer falar com você, você tem que sair do grupo para socorrer esse paciente e aí eu acho que também por isso a co-terapia, a cooperação é muito importante, porque aí a [psicóloga] toca, ela toca o grupo sozinha. E muitas vezes ela já tocou esse grupo sozinha, mas a gente sempre tenta ou uma ou outra. E sempre que ou uma ou outra não vai estar a gente tenta preparar antes esse grupo, né?

Aconteceu um dia que foi eu acho que é um caso bem legal para pensar, que não foi com o grupo mas que me fez repensar muito essa questão do contrato. Eu tinha um paciente psicótico que eu estava atendendo, um caso grave, tipo estava internado um tempão, estava pós internação, ele tinha acabado de sair da internação, e eu estava no meio da consulta, a gente estava fazendo uma história, estava fazendo um desenho, compondo uma história com desenhos e tocou o telefone e alguém veio me falar. E era uma hora...eu não pensei e tal, ele estava super bem, saí da sala, eu pedi licença falei: “Olha, agora você me dá licença porque eu preciso atender esse telefonema.” e sai. Quando eu voltei, quando eu voltei ele estava totalmente desorganizado, começou a delirar, delirar e assim, acabou qualquer tipo de contato e assim, a ideação delirante ficou muito grande e foi muito explícito, né? Porque as vezes a gente desvaloriza essas questões que são mínimas, assim saí para atender o telefonema e voltar pode não ser nada para mim, né? E vou perder, o quê que eu demorei? Três minutos? Nem demorei, mas para aquele momento do processo foi o que faltava para ele cindir e regredir de novo e nem eu consegui retomar, eu demorei uns três encontros para conseguir retomar, porque ficou nessa coisa de delirar nessa fase, só delirou, delirou e fez um discurso super delirante.

E aí faz a gente pensar na importância da postura e da presença, eu acho que é essa a palavra que eu acho importante assim, a presença do Terapeuta.

**Como é que você está, dá para continuar?**

Não, está gostoso, está gostoso.

**Deixa eu te perguntar mais, me fale um pouquinho desse teu entendimento da doença mental, da psicose:**

Bom, a psicose. A gente estudou...eu acho que a gente estudou os autores clássicos da psicose. O que eu penso praticamente, né? Quando eu vou falar, eu vou falar muito da prática, é um cara que num determinado momento, né? Tem a ver com a infâncias, com as primeiras relações estabelecidas, enfim mas que ele cindiu, ele não conseguiu se manter, se manter na realidade, né? E aí os sintomas eles são descritivos dos conflitos, né? Aí, cada um tem os sintomas que determina, que são determinados pelas vivências primárias enfim. Mas esse cara em algum momento da história dele ele teve uma ruptura e ele permaneceu nessa loucura, né? E aí a tentativa é poder...eu acho que têm algumas coisas que são para sempre, né? Mas de que forma que ele pode então com essa perda que ele já teve, porque ele teve uma perda muito grande. Continuar se relacionando e de que forma ele pode fazer isso, o quê que ainda restou? Não é? Mas o meu entendimento de psicose é que em algum momento por conta de um questão que não é só orgânica, que é também orgânica mas que é muito mais ambiental, né? Das relações que ele estabeleceu na primeira infância, ele teve uma dificuldade muito grande em poder estar absorvendo as outras coisas do mundo, né? E portanto ele...

**[nome] eu vou retomar uma questão que me veio agora que é assim, você falou da sua formação, dos cursos de especialização e num dado momento da entrevista você falou que as vezes você até tinha que ensinar muita coisa e falou do interesse desse Terapeuta no setting, né? O quê que você acha que é importante, na sua experiência,**

**você aprender que não é da formação específica em saúde mental mas em termos de atividades, o que tem buscado?**

Então, é legal essa pergunta porque daí, aí dá para eu fazer como um gancho do que eu vivi aqui, que também foi uma experiência de grupo, mas eu me tocava muito. Eu acho que um Terapeuta Ocupacional, ele tem que ser muito bem relacionado aqui, no sentido de poder ter muitas experiências, né? Experiências não só com atividades mas assim, a Jô fala uma coisa, que é uma coisa que ela falava muito quando eu fiz supervisão com ela um tempo e ela falava assim: “O Terapeuta Ocupacional, ele tem que ser surpreendente.”, né? Assim, não é muito mas falando assim parece: “Ah, que grande exigência a minha não?”, mas assim, quanto mais recurso você tem, de vida mesmo, mais fácil fica de você sugerir coisas, mais fácil fica de você introduzir possibilidades para uma pessoa que não tem possibilidades. Então, por exemplo, eu nunca ia sugerir para um paciente escutar Caetano Veloso se eu não conhecesse Caetano Veloso, entende? Eu nunca ia sugerir para um paciente ver o Dalí no Masp se eu não soubesse que tem uma exposição do Dalí no Masp. Então eu acho que o Terapeuta Ocupacional tem que ser muito esperto no sentido de saber o quê que o mundo tem a oferecer. Fica claro isso?

**Fica.**

É assim, eu tenho buscado muito, Luisa outros tipos de informação, por exemplo, fazer aula de desenho, né? Estudar dança, quer ver uma coisa? O idioma, que pode não ter nada a ver com... eu nunca vou ensinar francês para os meus pacientes, mas assim é ampliar o referencial de mundo eu acho que é importante. Que é muito difícil para os Terapeutas Ocupacionais. Porque eu acho que tem uma desvalorização, as pessoas ficam muito mais preocupadas em estudar, por exemplo, teoria. Teoria que não é nem de Terapia Ocupacional as vezes. Então têm muitos Terapeutas Ocupacionais que fazem formação em psicanálise de grupo, perfeito né? Mas assim, tudo bem, mas não vão ser umas Terapeutas Ocupacionais talvez. A menos que elas consigam fazer uma grande adaptação, que eu acho até possível mas assim, essa coisa de se apropriar, de experimentar o que a gente tem, para tratar, é uma coisa que os Terapeutas Ocupacionais não fazem, não fazem.

A experiência que eu tive aqui, as alunas elas não sabem fazer croché e pior do que isso elas acham que não precisam saber, acham que tudo bem: “Se eu não souber, ué? Não me preocupa.” Então tem uma desvalorização. Se eu entender que eu vou trabalhar com isso e que portanto isso vai ser o meu arsenal, eu tenho que saber. É a mesma coisa que o Médico não saber de farmacologia, na minha cabeça é assim. Não significa que eu vou ser uma professora de artesanato mas eu tenho que estudar teoria de grupo, eu tenho que estudar psicopatologia, eu tenho que estudar tudo isso mas, se o meu instrumento é atividade e se eu não souber dela, como é que eu vou me utilizar, não é?

**Agora você fala em ampliar esse repertório de experiências e você acha que tem alguma relação?**

De ensinar?

**É, por que uma coisa é você aprender a pintar...**

e outra coisa é você aprender a ensinar a pintar...

**É.**

Eu acho super importante e eu acho super válido, né? Eu acho que eles não sabem da mesma... principalmente Luisa por que não diz respeito o ensinar em Terapia Ocupacional, não é, por exemplo, eu vou sentar e vou para uma aula de arraiôlo, então eu fui para uma aula de arraiôlo e ela me dizia assim: “Você segura a agulha assim, você põem um ponto para a frente e volta um ponto para trás, a medida da sua linha é o tamanho do seu braço, quando você chegar aqui você faz dois pontos para a direita vira e faz três pontos para a esquerda...” Não é assim que eu vou ensinar em Terapia Ocupacional, por que se fosse assim ela ia lá para a aula de arraiôlo, né?

Mas assim, como ensinar? Por que o ensinar diz respeito a você usar o que o cara tem para ele poder fazer o que ele está querendo. Então não é só ensinar técnica, mas isso eu acho que faz parte da formação.

### **E você acha que nesse sentido é fazer uma adaptação...**

da técnica, exatamente!

### **Dentro, o quê que você deve considerar?**

O quê eu devo considerar? Eu devo considerar, eu acho que a primeira coisa que eu considero é que existem várias formas de fazer a mesma coisa, né? Então a primeira coisa, habilidade que a pessoa tem..

### **o potencial...**

o potencial que a pessoa tem, né? As vezes assim, a gente insiste para cortar desse jeito, o cara está cortando ao contrário mas ele está cortando. A gente até sugere de uma forma mais fácil: “É muito difícil.”, “Tá, mas você segura a tesoura assim e vai dar mais certo.”. Mas se ele continuar cortando ao contrário dá para agüentar isso, né? Qual é a forma que essa pessoa tem para fazer isso? Mas a maioria ele não tem forma nenhuma, entendeu? Eles não sabem.

### **Tensão por tensão.**

Só vontade, não sei nem se é por tensão, mas tem um desejo. E você perceber o desejo, assim. Eu acho que as vezes a gente faz “ das tripas coração” para conseguir ensinar alguém a fazer alguma coisa, né? Mas eu acho que isso é falho na formação da Terapeuta Ocupacional.

Terapeuta Ocupacional não sabe ensinar, e se não sabem ensinar é simplesmente porque não sabem fazer, né? Já começa daí, se soubesse um pouco mais de apropriação dessa técnica, fica mais fácil de você até adaptar.

### **Claro!**

Por exemplo, para mim é muito difícil fazer croché, é muito difícil fazer croché. Eu sei fazer, eu sofro... mas assim, quando eu tenho alguma paciente que me pede para fazer croché eu fico desesperada porque eu não sei direito, eu tenho o básico do básico, e eu já

tentei, eu já fiz colchas de croché, eu já fiz toalhas de croché, adoro. Mas é muito difícil para mim porque eu tenho dificuldade com a técnica. Então, por exemplo, a [psicóloga] faz croché super bem, então quando eles querem fazer croché a [psicóloga] ensina a fazer croché.

Então quanto mais apropriada você está é mais fácil de você adaptar: “Ah, não olha, se você fizer assim talvez seja mais fácil.”

**Você acha que pelo fato do Terapeuta não saber esta técnica e as vezes até saber mas não saber ensinar essa técnica, pode ser um fator ruim?**

Assim, eu tenho muito medo de responder isso porque eu não sei... eu acho que sim

**... porque?**

Acho sim, e mais do que isso eu diria que não só de limitação do Terapeuta mas uma limitação que o Terapeuta acaba tendo pela limitação que ele tem de trabalhar, entendeu? Então assim, eu vejo... eu não fui clara. Mas eu estou dizendo assim, as vezes o Terapeuta Ocupacional, ela já não tem, ele já não sabe muitas coisas e mesmo quando ele sabe algumas coisas a mais ele não pode trabalhar com essas coisas a mais porque, por exemplo, ele não tem o material, o ambiente. Então eu acho que essa.... e eu acho que isso vem de uma desvalorização da profissão sim. Eu não digo aqui na Prefeitura, né? Porque eu acho que tudo está desvalorizado, também não tem remédio para pressão no posto, então não é uma coisa com Terapia Ocupacional, é uma coisa com a saúde pública de forma geral.

Mas eu acho, por exemplo, no Hospital, lá na [local onde trabalhou] onde eu trabalhei com pacientes psicóticos, tinha espaço, tinha material e as Terapeutas Ocupacionais insistiam em fazer o que elas chamavam de Grupos de Atividades Livres. Os pacientes só pintavam o tempo inteiro, entende? Por exemplo assim, são coisas diferentes, eu acho que as vezes o ambiente limita o Terapeuta e portanto o crescimento do paciente fica limitado.

Tem um determinado momento que o paciente depende do que você está oferecendo para ele e outras vezes assim, o paciente... o Terapeuta limitado não usa o que tem no ambiente...

**Deixa eu virar a fita ela já está bem no “finalzinho”.**

**Bom [nome] eu queria te agradecer, ver se você quer fazer algum comentário, ou esclarecer algum aspecto que não tenha sido detalhado.**

Obrigado.

# *ENTREVISTA 12*



**[nome] eu gostaria que você falasse um pouco da sua formação e da sua trajetória profissional.**

Eu me formei em [data] na Universidade Federal de São Carlos e no ano seguinte eu já comecei a atuar na área de psiquiatria. Então deve ter uns [tempo de formada] que eu estou atuando na área de psiquiatria. Fiz formação no Centro de Estudo de T.O, conclui em 94. Atualmente eu trabalho no [local de trabalho] do departamento de neurologia e de psiquiatria da faculdade de medicina de [cidade]

**Conta um pouquinho [nome] dessa sua trajetória profissional desde quando você se formou até agora. Por onde você passou, quais foram as suas experiências?**

Logo que eu me formei, um mês depois eu estava trabalhando num hospital psiquiátrico [cidade], era um hospital geral, um hospital fechado e lá eu comecei alguma coisa porque fazia tempo que não tinha T.O. Então eu montei, eu reativei o setor de T.O., foi um trabalho bastante difícil, bastante complicado por ser uma instituição fechada, era um hospital particular, os proprietários eram um médicos, era sociedade. Era uma psiquiatria assim horrível, eu sofri muito nesse lugar. Eu fiquei dois anos e meio lá e apesar da dificuldade né do pessoal que era médico, que eram extremamente organicistas eles acreditavam que só a medicação resolvia. Foi muito assim... eu brigava muito, consegui fazer algumas atividades, consegui desenvolver algumas atividades mais recreativas, porque eles não tinham nada lá. Eu fiquei dois anos e meio lá e depois eu vim para a [local de trabalho] e também trabalhei um tempo, um ano e meio numa APAE em [cidade], onde era um lugar um pouco mais legal, eu trabalhei com criança e também não era uma APAE tradicional, a gente trabalhava muito com criança com distúrbio de aprendizagem e também com estimulação precoce, foi um trabalho legal. Nessa época eu também comecei a fazer pós-graduação na área de educação especial. Aí em seguida eu passei aqui na [local de trabalho] e tive que optar entre ficar lá e continuar a pós, na época eu não tinha bolsa e entre trabalhar em [cidade]. Eu acabei largando o mestrado, porque era em educação especial e eu achei que não tinha a ver com a minha prática, com o caminho que eu estava querendo seguir. Então eu vim e desde [data que iniciou no local de trabalho] eu trabalho

na [local de trabalho] e fiquei dez anos no HD trabalhando com pacientes mais graves e depois faz três ou quatro anos que eu estou no [local de trabalho], trabalho no [local de trabalho] e também no HD, mas agora em menos período e também fui, sou uma das fundadoras da Associação de usuários do serviço de saúde mental de [cidade]. Bom, na questão teórica, a minha escolha pela psiquiatria acho que surgiu no estágio, fiz estágio no hospital psiquiátrico em [nome da cidade e do hospital], outro hospital onde eu tive muita identificação com a área de mental e muita facilidade. Uma coisa que sempre foi muito fácil pra mim é o contato com os pacientes psiquiátricos. É assim, raras exceções eu tive medo né do paciente psiquiátrico, sempre me relacionei bem. E não tinha uma técnica, porque eu sou da primeira turma da federal de São Carlos e a gente sabia muito. o que não devia fazer, mas o que devia fazer, nós não sabíamos e aí eu fui atrás disso, acabei entrando no CETO, fazendo a formação. Eu acho que pra mim foi muito legal e me deu uma boa base, eu parti muito para tentar entender um pouco mais o que é a loucura, poder tá vendo com outro olhar e também tentar buscar formas de poder tratar um pouco isso. Eu acho que eu me instrumentalizei muito depois que eu fiz o CETO. Agora eu fico pensando muito de como eu agia. Algumas coisas eu acho que até iam muito na direção, mas sem a técnica, assim muito confuso. Eu acho que hoje a minha prática ela tá bem alicerçada, eu me sinto muito segura, eu mais ou menos sei, eu consigo ter uma linha de raciocínio com o paciente, eu consigo pensar o que eu tenho que trabalhar com aquele paciente. Eu acho que melhorou muito assim, pois no começo eu tinha contato com os pacientes e achava que isso era importante, hoje eu consegui fundamentar, teorizar isso e também até trabalhar na relação, começar a trabalhar com o paciente na questão da relação, pra mim hoje isso é essencial.

**[nome], nessa tua experiência no HD, conta como que ela se estruturou em termos da prática mesmo, já que você tá lá desde praticamente o começo do HD, né [nome].**

Eu comecei no HD tem cinco - seis anos...Ah eu não gosto muito de falar do HD! É legal, eu aprendi muito, mas eu também sofri muito no HD. Porque assim, a psiquiatria da faculdade ela é muito organicista e eu tive que depois da formação, tiveram muitas situações de confronto. Por um lado eu tinha a teoria, mas eu não tinha a maturidade

suficiente pra sustentar essa teoria. Então isso pessoalmente me fez muito mal, muitas brigas, coisas a nível pessoal que eu acho que poderiam ter sido evitadas né, se eu tivesse um pouco, sabido lidar com isso também. Então eu acho que a teoria num certo momento da minha vida acabou até, não digo atrapalhando, mas eu acabei fazendo um monte de coisas que eu me arrependo hoje, que eu acho que eu não faria do mesmo jeito. É assim, muito pela questão que a visão deles era uma coisa muito organicista, muito voltada para a medicação, muito sem considerar a psicodinâmica dos pacientes, sem considerar a questão das atividades, dos sentimentos. Tudo isso passava meio batido e eu ficava lá brigando, tentando mostrar o que é importante, tentando valorizar esse lado. Foi uma luta muito sozinha, eu fiquei brigando muito tempo sozinha, me desgastando, me expondo. Até que chegou o momento que eu achei que não dava mais e eu tinha que sair do HD. Foi super difícil também por todas as questões institucionais, mas eu acabei indo até o fim. E isso foi seguindo com supervisão, com terapia, eu consegui romper com o HD do jeito que ele funcionava né. Eu acabei saindo, mas eu acho que foi muito legal pela questão prática, eu peguei um monte de caso, por ter podido estudar mais profundamente, pelo contato com pacientes, que era bem intenso. Eu acho que eu me envolvi muito com o HD pessoalmente, então por isso que eu e eu sofri, que acabou acontecendo um monte de coisa. Eu acho que hoje o HD tá diferente, as pessoas acabaram repensando, eu acho que apesar de tudo que eu sofri, eu acho que foi legal, foi importante o que eu fiz, porque provavelmente o HD não tivesse mudado o tanto que mudou. Aí eu voltei pra lá à convite da equipe para trabalhar com psicótico. Então eu faço um grupo, mas eu nunca mais me envolvi com a equipe em termos da organização, coisas burocráticas, eu participo muito mais de coisa.. a clinica eu atendo, faço um grupo e participo da reunião e discussão de caso de evolução.

**Esse grupo é grupo com que tipo de pacientes?**

É grupo de psicótico.

**Fala desse trabalho com esse grupo.**

Olha esse grupo que eu estou fazendo no HD desse jeito, acho que faz uns dois ou três anos. No começo eu achei que era um trabalho legal e hoje eu já estou avaliando como é difícil você estar trabalhando sem fazer parte de equipe; eu só atendo, só vejo os pacientes naquele dia que eu vou, entendeu?, nos outros dias eu não tenho contato com eles. E como eu trabalho numa linha muito assim de vinculação né. Então eu acho que ultimamente eu tenho avaliado que isso também complicado trabalhar a questão do vínculo, muitas vezes as diferenças de abordagem com relação à equipe. Eu trabalho, meu trabalho lá é mais de continência, de tá um pouco mais próximo dos psicóticos, a atividade têm sido muito pouca, é uma hora e meia na semana né. Geralmente tem estagiário, eu não sei muito o que te falar desse grupo, não.

**[nome] é um grupo fechado ou é um grupo aberto?**

É um grupo fechado, mas assim, sempre tem paciente internado tá. Então, são os pacientes que estão internados no HD, quando a gente fala psicótico não é assim uma coisa tão fechada tá, não é só diagnóstico de psicose, são pacientes que tem mais dificuldade de relacionamento, de pragmatismo, são esses pacientes que vão para esse grupo. O contrato é só com os pacientes internos.

**Quantos pacientes freqüentam esse grupo?**

Depende do número de pacientes que estiverem no HD nessas condições, o HD tem 12 vagas, eu tenho trabalhado acho que com 50% deles, 5,6 nessa base.

**E a atividade como é que ela é introduzida nesse grupo?**

Eu trabalho... porque acaba sendo um contato também... as vezes é uma atividade de livre escolha e quando eu conheço um pouco mais o paciente, porque também faz tempo que eu atendo em [cidade] e sempre atendi psicótico, então tem muitos pacientes que vão para o HD que eu já conhecia e que eu já tive contato, já tratei em outras épocas. E as vezes quando eu acho legal eu indico uma atividade para eles. Geralmente é livre escolha ou tem

a ver com o tema que está sendo conversado ou que está sendo discutido que aparece no grupo que eles levantam como questão. Tanto pode ser uma atividade, um desenho, uma atividade expressiva, estruturada ou até mesmo a gente continuar aquele assunto de uma forma com a participação de todos. Daí dá pra trabalhar um pouco a relação deles no grupo, a relação deles comigo, eu acho que é por aí, muito mais voltado para a questão do vínculo, e pra questão afetiva também.

**[nome], a seleção desses pacientes para esse grupo ela é feita por quem? Quem é que define a inserção dos pacientes no grupo, se eles tem condições para ir para esse grupo?**

Essa escolha geralmente é feita por mim e pela [colega] que é a outra T.O., porque ela fica com os outros pacientes. Então nós duas que fazemos essa divisão.

**E o material dentro do HD? O material para fazer essas atividades? A instituição supre isso?**

Olha ela vinha suprindo, mas atualmente a [local de trabalho] vem passando um momento de crise e tá ficando mais difícil você ter uma diversidade de material, mas como eu trabalho mais com a atividade expressiva esse tipo de material tem, tem tido.

**[nome] e o tempo do grupo como é que é? O tempo de atendimento.**

Uma hora e meia.

**E tem um tempo determinado para o paciente? Mesmo recebendo alta ele permanece no grupo ou não?**

Geralmente não, eu tive até uma experiência de um paciente que tinha recebido alta que ele continuou vindo no grupo, mas eu achei que não era legal porque ele tava em outro momento tinha saído de alta e eu passei a atendê-lo individualmente. Então o grupo tem sido feito só com os pacientes do HD, quando eles recebem alta eles param de vir participar

do grupo, mas muitas vezes eles são encaminhados e eu continuo atendendo no *[local de trabalho]*.

***[nome]* eu queria se você pudesse, que você falasse da sua experiência de atendimento grupal seja com adulto, e já no HD, tentar explicar assim em diferentes serviços você faz distinções para os grupos por exemplo um grupo de pacientes psicótico no *[local de trabalho]*, você tem, como é que é, diferente do HD, diferente no sentido da intervenção, entendeu?**

Olha atualmente eu não estou fazendo grupo no *[local de trabalho]*, mas eu tive uma experiência de uns 2 anos de grupos de psicóticos no *[local de trabalho]* regional de especialidades *[local de trabalho]* e lá foi um trabalho muito legal. Eu acho que assim, a coisa que era legal também é que era um trabalho em equipe constituído por uma assistente social, uma enfermeira e eu, e elas participavam do grupo com pacientes e elas faziam o grupo de família. Das famílias que estavam participando do programa Eu acho que esse grupo era diferente desse grupo no HD, os pacientes iam para o *[local de trabalho]* para participarem desse programa só, eu acho que facilitava a questão do vínculo, a questão do enquadre, eu acho que tinha coisa mais determinada; as atividades eram um pouco mais... tinha o fato também de a gente funcionar no centro da cidade então a gente fazia tanto atividades dentro da sala como a gente fazia passeio, programava alguma coisa, fazia festa de aniversário, eram atividades mais dinâmicas tá. Assim, meu trabalho em grupo geralmente começa. Quer que eu explique uma sessão?

**É, que você fale dos critérios de seleção, como é que você seleciona os pacientes para introduzir no grupo? Que referencial teórico você tem para abordar esse grupo?**

Os pacientes... esse grupo lá no *[local de trabalho]* isso ficava menos claro né, eu atendia pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ou “PMD” esses dois diagnósticos então assim, excluía os psicóticos inespecíficos, induzidos por drogas, às vezes acabava tendo também umas neuroses graves aquela coisa indefinida que não dá para você saber se é neurose ou psicose. No meu atendimento eu priorizo pacientes com dificuldades de relacionamento,

com muita dificuldade de verbalização e de pragmatismo. Eu acho que são essas três coisas principais pra eu , de critérios para seleção, de diagnóstico girando em torno da esquizofrenia, esses quadros que tem a ver com distúrbios de afetividade, do pensamento. Eu tento trabalhar dentro do psicodinâmico que tem haver com a coisa do vínculo, da formação do vínculo, da relação paciente terapeuta atividade. Eu uso muito o referencial do Winnicott, da atividade sendo o objeto transicional, tá sendo muitas vezes o objeto facilitador do contato e também eu não consegui nos casos mais individuais eu consegui fazer a coisa da trilha associativas e tá pegando as atividades, tá olhando junto com o paciente. Agora no grupo isso eu não tenho... pela minha espécie de grupo que são grupos que há muita mudança de pacientes então não dá pra você fazer um trabalho muito longitudinal, mas nesse trabalho do *[local de trabalho]* dava “pra” fazer.

#### **Qual o número de pacientes no grupo?**

Do *[local de trabalho]* eram 8. Esse que eu estou montando vai ser por volta de 5 por causa da restrição da sala, o tamanho da sala é muito pequeno. No HD 5,6. É misto, sempre misto. Não, no *[local de trabalho]* determinei faixa etária. Bom, eu tive faixa etária sim, os pacientes não muito idosos, tá. Então girava em torno de 20 e 45 anos e também tem assim haver com a cronicidade, não dá pra trabalhar sem ter uma equipe, uma coisa mais estruturada. Então isso também é um fator de limite para o grupo, se o paciente estiver muito cronicado, muito delirante, com muita dificuldade de contato, agressivo.

#### **E você acha que um fator limitante para esse grupo ou para estar em grupo? E nesse sentido eu te pergunto você acha que tem contra indicação para um paciente estar no grupo ou não?**

Eu acho que depende muito de como o paciente está, se ele estiver muito desagregado, muito delirante eu acho que o contato tem que ser individual. Acho que tem que ter aquela coisa da continência de ter alguém perto, dele poder se sentir mais acolhido. Acho que o paciente nesse estado, muitas vezes o grupo não é legal, ele acaba ficando mais agitado, ele acaba não tendo a continência necessária para o caso. As vezes tem paciente do HD que

estão nesse estado, muitas vezes o paciente não consegue ficar no grupo ele entra e sai ou nem entra, então eu acho que é necessário fazer um trabalho individual primeiro para depois fazer o grupo.

**E como é que você vê o grupo [nome]? Qual a importância que você dá para um atendimento grupal?**

Eu acho que assim, a coisa super legal do grupo, que eu faço atendimento individual de psicótico e de grupo, acho que é muito mais rico em termos de contato, deles estarem podendo trocar entre eles, acho que a tensão diminui muito, a ansiedade, a paranóia às vezes diminui, porque quando você está numa relação com um paciente só, as vezes a coisa fica muito pesada, muito insuportável para alguns pacientes. E quando você coloca num grupo isso dilui. Então tem muitos pacientes que quando a gente coloca em grupo parece que... também uma coisa legal que aconteceu no [local de trabalho] é que o paciente tem outras coisas para estar se vinculando e não só o terapeuta. Eu tenho um exemplo de um paciente que ele tinha o contato muito ruim ele quase não conversava com as pessoas e ele chegava no grupo do T.O. e o contato dele era com o armário, ele ia pegava o material sentava e ficava pintando, só que dessa forma ele conseguia ficar em grupo, lógico que é um processo, mas ele começou a se introduzir no grupo pelo fazer a atividade e que se fosse num atendimento individual não teria virado. Então eu acho que o grupo facilita, há uma dimensão, não é tão tenso o contato e o paciente muitas vezes ele tem uma relação mais próxima com outro e não necessariamente com o T.O.

**[nome] como é que você vê o papel do coordenador do grupo, no caso o T.O.? como é que você entende o papel do T.O. no atendimento do grupo?**

em que sentido?

**Enquanto coordenadora daquele grupo**

Eu acho que o terapeuta por ter uma visão mais psicodinâmica, mais psicanalítica, muitas vezes eu funciona como uma pessoa que dá continência ao grupo, que dá referência, que dá

material, que ajuda o paciente fazer quando está desestruturado, quando ele está sem iniciativa. Acho que é facilitador mesmo, para que as coisas aconteçam dentro do grupo e acho também legal para eles sentirem que existe uma coordenação, não dá para deixar a coisa solta principalmente no começo quando você está iniciando um grupo é legal o paciente sentir que tem alguém ali que tá coordenando, que tá cuidando deles, que é responsável pelo quadro, pelo material. Eu acho que é um pouco por aí. É importante que o T.O. seja muito ativo como diz a Jô, no começo você tem que muitas vezes dizer para o paciente o que ele vai fazer, fazer junto. Uma coisa que eu também faço é começar a fazer atividade e o paciente ver e começar, ficar mais autorizado a fazer. Eu acho que é uma participação muito ativa.

**E a coisa do enquadre que você está falando, qual que você acha que é o enquadre quando o T.O. está coordenando um grupo? O que você chama por enquadre?**

Enquadre eu falo da questão do horário, do local, do dia, do dia do grupo, quando há mudança de horário, que você está ali para coordenar um grupo, que é você que vai estar cuidando da questão do material, ensinando as atividades.

**Isso seria o setting terapêutico ou não [nome]?**

Sim.

**O enquadre para você é o que? Qual seria o setting terapêutico para o atendimento grupal?**

Não sei...Essa pergunta é muito difícil, muito teórica

**Não [nome], eu estou tentando ver se a gente consegue alguma idéia para T.O., entendeu. Outra coisa [nome], você falou durante a entrevista, a diferença em estar em grupo e agrupamento, queria se fosse possível que você falasse um pouquinho do que é o agrupamento, a diferença do agrupamento e do grupo?**

É, eu acho que assim, quando eu falo estar em grupo é aquela coisa que é marcada, “estamos aqui, estamos trabalhando em torno de uma idéia, de uma tarefa”, no caso seria o tratamento. Então eu acho que é diferente do agrupamento, onde as pessoas estariam ali sem uma coordenação, sem uma referência e eu sempre tento trabalhar no grupo a relação entre eles, entre as pessoas do grupo e a relação deles comigo também, acho que isso tá sempre sendo comunicado, discutido, muitas vezes você percebe que tem alguma coisa estranha no ar, que tá acontecendo alguma coisa e que as vezes os pacientes estão inquietos, tem um pouco mais agitado que tá andando mais, falando mais, tem que trabalhar com o grupo o que tá acontecendo aqui, agora, vamos falar o que cada um está sentindo. Eu trabalho muito com a coisa. Do que é isso também dá muito diferente no HD também, que eu fico preocupada com o que aconteceu no final de semana do paciente, eu fico preocupada com o que tá acontecendo agora, ali no grupo, que sentimento ele está tendo, como é pra ele estar ali naquele hora que ele está querendo fazer, qual desejo dele naquele momento. E é lógico que com isso vai havendo uma construção, mas eu acho que é uma construção de grupo para grupo.

**[nome] você começou a entrevista você falando que o CETO te deu uma série de coisa no sentido de até fazer entender um pouco melhor a loucura. Se fosse pra você falar um pouco da loucura e da psicose hoje, como é que você entende isso?**

É teoria que você quer? Eu acho que pra mim a loucura hoje, ela tem muito a ver com a relação afetiva entre as pessoas com o não dito, com as coisas que vão ficando... Hoje o doente mental eles são aprisionados dentro deles próprios, é aquela coisa eu não posso fazer isso, não posso fazer aquilo, não posso sentir, não posso falar. Então, o meu trabalho hoje é em cima disso, tentar tirar as pessoas desse aprisionamento, que é afetivo, acho que é social, agora a partir do momento que ela começou a ter um surto ela é vista muito como

um doente mental e aí cai muito essa coisa do você não pode mais, você dançou. Então eu trabalho com psicótico nesse sentido, um trabalho de tentar libertar alguma coisa que está ali que tá sufocando, eu acho que muitas vezes a questão do sentir, essa pessoa não sabe o que ela pode sentir e o que ela sente. Então muitas vezes é um trabalho de tá tudo muito submisso porque são pessoas que eles entrem em contato com esses sentimentos, com que ela possa se estruturar e organizar melhor com todas as coisas internas que ela tem.

**E esse trabalho [nome] de “libertação” sempre ou na maioria das vezes estaria sendo intermediado pela atividade?**

Sem dúvida, eu acho que a atividade faz parte da coisa da expressão, o paciente descobrir por exemplo que ele pode desenhar, que ele pode pintar, que ele tem capacidades para fazer um crochê, tricô. Eu acho que tem muitos pacientes, eles próprios ficam assustados com a produção deles, com o Quanto que eles fazem, o quanto eles tem potencial; podendo se identificar com aquilo que estão fazendo. Muitas vezes você também reparar coisas através da atividade, através do que esta vendo. Acho que é por aí a questão da atividade nessa fase mais de reestruturação, de organização. E acho que depois a atividade é legal na questão da reinserção, na questão do trabalho mesmo enquanto produção. Eu acho que o fazer para essas pessoas é muito importante, a capacidade do fazer o experimentar fazer, pegar o papel desenhar uma coisinha lá e perceber que pode desenhar mais e pode recortar, colar, a coisa da criatividade.

**[nome] é isso , essa capacidade de fazer que você chama de pragmatismo você tinha comentado alguma coisa do trabalho com o grupo de crianças, você não quer falar um pouquinho desse trabalho?**

E o pragmatismo é um Termo mais psiquiátrico. Eu vejo mais a coisa da iniciativa, da vontade de fazer, do desejo mesmo. Então, eu comecei a atender criança, pequeninhas eu não gosto eu acho um puta trampo. Então minha faixa etária começa lá pelos 8,9 anos. E eu comecei a atender individualmente no [local de trabalho] crianças com problemas... porque assim as crianças geralmente chegam no serviço com queixa de dificuldade escolar. Então

tinha muito encaminhamento da psico pedagoga ela disse pra mim que quando ela vê na criança além da dificuldade escolar, um comportamento meio estranho e começa a se desorganizar muito, daí eu acho que eu tenho que encaminhar para você. Então eu tenho trabalhado nesse sentido com crianças muito desorganizadas.

### **Desorganizadas como?**

A nível de pensamento, a nível de fazer, tem sessão que tem criança que só falta pintar o mundo, pega tinta, começa a sujar tudo, joga no chão, suja roupa, tem dia que vai pintar alguma coisa e não consegue dimensionar como é que vai ser pintado; muitas vezes começa a fazer alguma coisa que você percebe que tem muito mais haver com sentimento do que com .desorganização. nesse sentido, a criança estar muito mais com o sentimento aflorado, do que... a criança que está pronta para alfabetização, que consegue sentar, consegue escrever, copiar, entendendo o que é a leitura. E uma coisa muito legal também é que eu acabei me interessando muito pelo processo de alfabetização que antes eu não tinha. Porque lá da época da APAE eu tinha muito uma visão muito permeada da educação especial, você tem que treinar, pegar a criança e treinar habilidades. E aí com essa psicopedagoga que trabalha no *[local de trabalho]* e a psicóloga também a gente faz um trabalho muito de equipe, a gente discute os casos dos pacientes e eu acabei me interessando pelo processo de alfabetização, como que as crianças começam se interessar pelas letras, começam a juntar letras e a psicopedagoga tem me orientado nisso e eu tenho usado isso no atendimento. Tanto é que tem uma menina na consultório, mas que ela começa a ler comigo e na escola ela não conseguia ler e foi assim uma coisa muito mais afetiva dela começar a se interessar, dela olhar as palavras e quando ela queria, a coisa foi rolando tão tranquilo que ela começou a ler, começou entender. E aí a psicopedagoga fala para ver a hipótese, a hipótese que ela tem sobre as letras, sobre os símbolos que quer dizer isso. É uma coisa fascinante associar a T.O. com essa coisa mais pedagógica, eu acho que tem muito haver com a TO. E com criança eu tenho trabalhado muito isso, criança que não consegue ler e escrever ou que tem dificuldade na escola. Tem uma que não quer ir para a escola, só vai se a mãe for junto e daí você percebe que tem uma simbiose grande atrás

disso, ela não consegue ficar sem a mãe. E aí com essa visão da psicodinâmica eu acabo trabalhando um pouco a família também, orientação para a família, tá discutindo com a mãe um pouco essa questão né que a mãe vai no intervalo na escola, a criança sai da escola para ir pra casa. Tem uma outra criança que eu atendo que não é um psicótico, mas tem um problema motor grave de coordenação, mas que você percebe que tem também uma puta dificuldade de relacionamento entre mãe e filho. Uma coisa de desvalorização, de desconhecimento da capacidade dele, porque ele tem uma questão motora a família e a sociedade o vêem como retardado, como uma criança que não aprende, que não tem capacidade para aprender e acha que a T.O. dá dimensão dele poder explorar esse potencial, dele fazer. Porque é gozado, na escola tem que fazer porque o professor manda e na T.O. é aquela coisa, a expressão vai aparecer mais a atividade vai ser mais livre, interessante é que eles fazem muita atividade. Tenho uma paciente que ela fazia, pintava, desenhava um monte de coisa, ela saía carregada de coisa e levava pra casa, ela usava muito como reparação também, ela tinha brigado com a mãe, com o pai e ela escrevia “mãezinha querida” e levava e dava para a mãe ou para o pai. Então era assim, uma criança que tinha muita dificuldade em se relacionar com as outras pessoas, com a professora, mas através da atividade, do fazer ela pode ir lidando com esse sentimento, com essas coisas que vinham do ano passado para esse ela deu uma super melhoria. fazendo essas atividades ela melhorou bastante e agora ela consegue fazer atividades mais estruturadas, que antes ela não fazia, eram pinturas com borrões, no papel, aparentemente sem sentido, sem chegar a nada. Tinha outra que também ela fazia na atividade aparecer uma coisa assim de muita depreciação do que ela fazia. Então ela dizia que queria jogar fora, falava que o que ela fazia não servia para nada, tinha aquela coisa eu não aprendo, eu não sei fazer nada, e a mãe com aquele discurso que ela é uma capetinha, que só da trabalho. E você vai construindo dentro da T.O. um fazer que é diferente, que é possível, interessante que ela chagava todo dia e montava o mesmo quebra-cabeça, ela foi aprendendo e se assegurando a fazer as coisas e daí ela partia para outras atividades.

**[nome], você falou uma coisa muito interessante que uma paciente levava um monte de trabalho pra casa, o que ela produzia ela levava. Fala um pouquinho como que você vê o produto final quando ele é do grupo? O que fazer com o que eles produzem? Ou como você lida com esse produto final, produzido num grupo?**

Mesmo produzido no grupo, quando é uma atividade assim com cartaz, isso eles decidem o que querem fazer. Quando tem essa produção individual deles no grupo, é deles, eles fazem o que quiser, geralmente levam para casa.

**E você discute isso com eles, eles optam por isso ou não?**

Geralmente quando começa o grupo eles perguntam se eles vão poder levar pra casa e eu sempre digo que sim. Eu discuto coisas assim de o que vai ser feito, porque que está querendo levar para casa se vai guardar, se vai dar pra alguém e tem muitos que não levam, que não querem levar.

**E o que se faz com esse produto final?**

Eu acho que assim, quando são desenhos eu costumo guardar o material, tem as coisas trilha (trilha associativa) daqui de poder tá usando as vezes eu uso a atividade para o paciente ver como estava no começo e poder comparar e dar uma olhada no que ele faz, mas geralmente eu guardo os desenhos, as atividades, têm muitos pacientes que depois voltam pedem para levar embora.

**Você já atendeu grupos sendo a coordenadora do grupo e tendo um co-terapeuta ou não?**

Eu acho bastante interessante em grupo de atividade você trabalhar com co-terapeuta, porque geralmente os pacientes precisam de alguém mais perto, de alguém orientando, mas é muito difícil de trabalhar com co-terapia que não seja de T.O. no caso, trabalhar com estagiário de psicologia, assistência social, residentes de psiquiatria é muito difícil eles entrarem na atividade, perceberem a hora que o paciente está precisando de ajuda, não serem muito invasivos com os pacientes, tem que ser estagiário de T.O, a qualidade é

diferente, você sente a coisa mais dividida, se pintar uma situação eles vão poder também ajudar né. E eu tive a co-terapia num grupo no [local de trabalho] com uma psicóloga que era um grupo de adolescente. E assim fica muito difícil também ela interferir na atividade tá fazendo, tá lidando com o paciente com a atividade com o paciente enquanto ele está fazendo, tanto é que a gente fazia o grupo junto ela conversava mais com eles, usava essa coisa do verbal e eu ficava mais com a questão da atividade. Eu achei difícil, no sentido de eu não sentia muito espaço para introduzir as atividades como os pacientes. Tinha alguns pacientes que já faziam acompanhamento psicoterápicos já tavam acostumados a só falar e não fazer atividade. Então eu tinha um pouco de dificuldade para introduzir o fazer nesses grupos.

[nome] a experiência de estar atendendo, ser a terapeuta do grupo e ter algum observador ou por pesquisa, ou pra aprender, um observador que fica com papel de observar o grupo.

Eu não acho muito legal, da maneira que eu trabalho, eu prefiro que a pessoa esteja envolvida com o trabalho com o projeto e esteja presente. Mas não é uma coisa assim que atrapalha. A associação é um trabalho que a gente tá iniciando já faz um tempo né e a associação de [cidade] surgiu muito na época que eu estava no HD e que era aquele trabalho muito difícil. A associação surgiu como uma válvula de escape, sabe! Pra ser um trabalho mais autônomo, onde as pessoas poderiam ter mais liberdade pra tá trabalhando... Então a gente começou um monte de reuniões, várias reuniões pra... eu acho que os pacientes que começaram a participar da associação e até hoje eles não tem a noção do que seria a associação e nem os profissionais. Tem encaminhamento dos pacientes para a associação eles acham que a associação é um serviço de atendimento e são coisas que a gente também está tentando definir e fazer uma coisa mais que não é um tratamento, a gente quer trabalhar na ... Eu acho que também por [cidade] ser muito deficiente na questão de reabilitação que a gente foi montando a associação. Então lá a gente trabalha com atividades de convivência, de convívio e algumas oficinas de treinamento, de habilidade coisas assim. Até tem um grupo de relaxamento que acontece e que começou como uma coisa para iniciar uma atividade, porque a gente achou que reuniões, reuniões eles não eram muito afim. Aí a gente iniciou com um grupo de relaxamento porque não precisa de

material, a gente batalhou muito pelo espaço, até conseguir esse de hoje. Ficou mais fácil começar com relaxamento. E começou a atrair pessoas para lá. Hoje a gente tem um grupo de relaxamento, uma oficina de encadernação, uma oficina de costura. E as atividades mais recreativas estão ficando para o segundo plano, que como tem poucos profissionais e tudo implica em muito trabalho para organizar, para ver material, a gente acabou meio que canalizou as energias para oficinas. Tem um buraco grande que é o convivência e tem muitos pacientes que precisariam desse tipo de atividade, que é uma coisa que a gente tá pensando como fazer isso. A gente já teve muita atividade culinária, não sistemático, tipo organizar um almoço. No ano passado na luta manicomial nós fizemos algumas atividades juntamente com o serviço de saúde mental do município. A gente fez mesa redonda, teatro, feira, festa, etc. Acho que a associação é legal porque tem pessoas da comunidade, que tem convivido com doentes mentais e tá podendo desmistificar um pouco o mito da doença, a questão do contato. Eles vão, ficam e fazem atividades juntos com os doentes mentais. E têm algumas pessoas que tem os quadros mais neurótico, que acabaram também participando. Fizemos passeios também numa chácara, também levamos os pacientes à Bienal.

**[nome], só para a gente finalizar, porque grupo?**

Então, eu acho que grupo é legal nesse sentido que ele facilita a coisa do contato entre os pacientes, facilita a realização da atividade. Poder dizer que a gente vive em grupo, vive em sociedade, há reprodução de muitas situações familiares.

**Nesse sentido para você o grupo é um recurso terapêutico?**

Isso, é um recurso terapêutico a mais. Acho que a coisa da transferência aparece muito mais fácil no grupo, inclusive a transferência entre as pessoas do grupo. A coisa de um paciente ver o outro fazer, se contagia, se estimula a estar fazendo, as relações se aparecem muito mais, um se apaixona pelo outro, um fala que não gosta. A coisa fica muito mais rica de ser lidada, se se levar em conta que eu trabalho muito a questão da afetividade né e com a

questão de trabalhar relacionamentos. Acho que nesse sentido o grupo é muito legal. E os resultados têm sido muito melhores em grupo do que individual. Eu tive pacientes que a experiência de atender individualmente e em grupo, é muito diferente, como eles se comportam, a participação deles, a produção deles fica mais rica. Pra você ter uma idéia tem um paciente que saiu do HD ele ficou 8 meses internados, é um esquizofrênico super paranóide e no HD ele participou todo esse tempo no meu grupo lá. Aí ele teve alta e ficou de ter atendimento individual comigo, ele fica tenso, por mais que nós nos conhecemos, atender ele no individual é uma coisa assim de louco, travado, fica mau, não fala, ele tinha parado de ir no atendimento individual e aí hoje eu falei do grupo de sexta-feira e ele ficou mais animado. Tem um outro paciente que eu atendo que no individual ele fica extremamente perseguido e acho que tem haver com a coisa de ser homem e mulher numa sala. Então muitas vezes eles não conseguem falar, ficam com vergonha. acaba criando uma situação que o grupo dilui, fica mais tranquilo, fica mais fácil, eles podem em vez de falar fazer atividade, acho que a sua atenção não vai estar voltada para aquele paciente, acho que vai estar mais diluído.

**[nome], eu queria te agradecer, dizer que eu vou transcrever essa entrevista e entregar esse material para você dar uma lida. Então, em princípio eu queria te agradecer.**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE