

TERAPIA OCUPACIONAL:

experiências da formação
profissional

Soraya Diniz Rosa

Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos

Raquel de Mendonça Rosa-Castro

(orgs.)



Reitor: Rogério Augusto Profeta

Pró-Reitoria de Graduação e Assuntos Estudantis – Prograd: Fernando de Sá Del Fiol

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Inovação – Propein: José Martins de Oliveira Jr.

Direção Editorial: Rafael Angelo Bunhi Pinto

Editoras Assistentes: Silmara Pereira da Silva Martins; Vilma Franzoni

Conselho Editorial

Adilson Rocha

Alexandre da Silva Simões

Daniel Bertoli Gonçalves

Denise Lemos Gomes

Filipe Moreira Vasconcelos

Guilherme Augusto Caruso Profeta

José Martins de Oliveira Junior

Marcos Vinicius Chaud

Maria Ogécia Drigo

Rafael Angelo Bunhi Pinto

Autores

Ana Carolina Costa Savani

Ana Carolina D. Rosa-Cómitre

Ana Flávia Guimarães Moura

Áurea S. Hollanders de Sousa

Bruneta Rey

Cíntia de Menezes F. Bernal

Débora Gomes Barros

Edilma Maria de A. Vasconcelos

Flavia Liberman

João Gabriel Dantas

Lilian de Fatima Zanoni Nogueira

Maria Ap. Ramires Zulian

Maria Cecília Galletti

Marisa Samea

Raquel de M. Rosa-Castro

Sibila Floriano Landim

Simone de Almeida Lima

Solange Tedesco

Soraya Diniz Rosa

Tatiana Doval Amador

Tiago Rodrigo Biasoli

Viviane Santalúcia Maximino

Soraya Diniz Rosa
Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos
Raquel de Mendonça Rosa-Castro
(orgs.)

Terapia Ocupacional: experiências da formação profissional

Sorocaba/SP
EDUNISO
2021

Terapia Ocupacional: experiências da formação profissional. ©2021 Editora da Universidade de Sorocaba – Eduniso.

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização dos autores. Todos os direitos desta edição estão reservados aos autores.

Ficha técnica

Ilustração de Capa: Luana Camargo Vieira (estudante do curso de Terapia Ocupacional da UNISO).

Normalização: Vilma Franzoni

Projeto gráfico e diagramação: Marina Real

Secretaria: Silmara Pereira da Silva Martins

Ficha Catalográfica

T293 Terapia Ocupacional: experiências da formação profissional /
 organizadoras, Soraya Diniz Rosa; Edilma Maria de
 Albuquerque Vasconcelos; Raquel de Mendonça Rosa-Castro. –
 Sorocaba, SP : Eduniso, 2021.

218p.

ISBN: 978-65-89550-00-6

1. Curso de Terapia Ocupacional – Universidade de Sorocaba – Sorocaba (SP). 2. Terapia ocupacional. 3. Terapeuta ocupacional – Formação profissional. I. Rosa, Soraya Diniz. II. Vasconcelos, Edilma Maria de Albuquerque. III. Rosa-Castro, Raquel de Mendonça. IV. Título.

Elaborada por: Vilma Franzoni

EDUNISO

Editora da Universidade de Sorocaba

Rodovia Raposo Tavares KM 92,5 – 18023-000 – Sorocaba | SP | Brasil

Fone: 15 – 21017018 – E-mail: eduniso@uniso.br

Site: <http://uniso.br/eduniso>

Dedicatória

À Universidade de Sorocaba-Uniso, por acreditar no potencial do Curso de Terapia Ocupacional na composição da área da saúde; aos professores que se dedicaram e se dedicam à construção do Curso de Terapia Ocupacional da Uniso e à formação dos alunos; aos alunos que escolherem a Uniso como espaço para a sua formação profissional, por acreditarem na seriedade do trabalho aqui desenvolvido; aos funcionários pela dedicação que é essencial para a concretização e crescimento do Curso; aos demais cursos da Universidade, pela parceria que tem sido fundamental para a integralidade das ações político-pedagógicas do Curso e a todos os voluntários que foram atendidos nas práticas profissionais, por confiarem que estamos realizando uma formação baseada no cuidado humanizado e na defesa do sistema público de saúde.

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

(Paulo Freire)

Sumário

	Prefácio	10
	Apresentação	11
01	Interdisciplinaridade e a formação do aluno.....	12
	Raquel de Mendonça Rosa-Castro Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos Soraya Diniz Rosa	
02	Processos de ensino - aprendizagem e grupalização: reflexões a partir de Pichon-Rivière e das metodologias ativas	17
	Marisa Samea	
03	A formação dos profissionais de saúde na perspectiva da cogestão de coletivos	31
	Ana Carolina Diniz Rosa Cómite Soraya Diniz Rosa	
04	As marcas do (in) visível: atividades e recursos na formação de terapeutas ocupacionais	45
	Flavia Liberman Ana Carolina Costa Savani Viviane Santalúcia Maximino	

- 05** **Diversidade, cultura e os desafios da terapia ocupacional63**
Soraya Diniz Rosa
João Gabriel Dantas
- 06** **Terapia Ocupacional e o contexto da história da intervenção na inclusão da pessoa com deficiência . no Ensino Superior na Universidade de Sorocaba....77**
Lilian de Fatima Zanoni Nogueira
- 07** **Vamos dar nome aos bois? Algumas considerações epistemológicas sobre grupos e terapia ocupacional.....87**
Viviane Santalúcia Maximino
Solange Tedesco
- 08** **A pesquisa no curso de Terapia Ocupacional da UNISO: considerações acerca do uso terapêutico da atividade no contexto da infância..... 100**
Cíntia de Menezes Fernandes Bernal
- 09** **Dispositivos clínicos nos serviços da Atenção Básica em Saúde: fragmento clínico de um caso fronteiriço129**
Maria Cecilia Galletti
- 10** **A experiência da Terapia Ocupacional no Núcleo de Saúde da UNISO..... 141**
Tatiana Doval Amador
Simone de Almeida Lima
- 11** **Terceira Idade e Terapia Ocupacional: a interface da Universidade da Terceira Idade e o Curso de Terapia Ocupacional da UNISO150**
Bruneta Rey

- 12 A residência multiprofissional em saúde mental e o Terapeuta Ocupacional.....167**
Ana Flávia Guimarães Moura
- 13 O projeto de extensão na saúde como ferramenta de aprendizagem e de mudança social178**
Soraya Diniz Rosa
Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos
Débora Gomes Barros
- 14 Caminhando contra o vento: políticas de saúde mental e a experiência do projeto Encontros Culturais..... 187**
Tatiana Doval Amador
Áurea Sofia Hollanders de Sousa
Soraya Diniz Rosa
- 15 Tecnologia Assistiva.....196**
Síbila Floriano Landim
Maria Aparecida Ramires Zulian
- 16 De aluno a docente - Terapia Ocupacional e os (des)caminhos da docência.....209**
Lilian de Fatima Zanoni Nogueira
Tatiana Doval Amador
Tiago Rodrigo Biasoli

Prefácio

Quem ler os 16 capítulos deste livro se sentirá, certamente, bem dentro da vida profissional, intensamente vivida, por pessoas dedicadas à melhor ocupação dos que sofrem alguma limitação ou mesmo ruptura com a rede social, no seu cotidiano.

Esses profissionais qualificados como terapeutas ocupacionais é que deixam aqui lavradas as suas experiências em unidades básicas de saúde, hospitais, centro de atenção psicossocial, centros de reabilitação física, residência terapêuticas, instituições para idosos, empresas e no próprio Núcleo de Saúde da Universidade.

Mais que relatórios de trabalho, são narrativas de total entrega ao próximo necessitado, para que este faça valer seus direitos de participar ativamente do bem-estar social, exaltando a sua identidade e revelando as suas competências.

Creio que a Universidade de Sorocaba acertou em cheio quando, mais de vinte anos atrás, Universidade quase recém-nascida, decidiu criar o Curso de Terapia Ocupacional e o fez com visão a mais ampla possível, instituindo um currículo que foi se ajustando, na medida das circunstâncias da educação nacional, para formar um alunado comprometido com as transformações de que o País precisa.

Ao agradecer a honra de apresentar esta obra, meus votos são de que a nossa TO continue sempre viva e inspiradora, mesclando Saúde e Ciência, Pesquisa e Arte, Competência e Amor, à luz de princípios cristãos.

Prof. Aldo Vannucchi

Apresentação

A apresentação de uma obra tem o objetivo de indicar ao leitor a qualidade da informação a ser recebida, bem como sua importância. Dito isso, sinto-me lisonjeado, mas muito a vontade para, em poucas palavras, discorrer sobre a importância e a qualidade do que se construiu em mais de 20 anos de Terapia Ocupacional na Universidade de Sorocaba.

Acompanhei o nascimento do Curso, suas crises (próprias de quem constrói uma identidade) e finalmente seu amadurecimento enquanto espaço formador de pessoas e de políticas na área da Saúde.

Sem sombra de dúvidas, a maior característica desse curso e o que dirigiu todas as suas ações foi o cuidado com as pessoas. Entenda-se aqui, todos os envolvidos: alunos, pacientes e comunidade acadêmica. O olhar, para onde quer que fosse, mirava, em primeiro plano, o ser humano. Essa cultura, resultou em um espaço de preocupação e cuidado com as pessoas e suas vidas.

Ao completar mais de 20 anos, outra vez, atento às pessoas, o Curso nos presentearia com sua história, seu processo de construção, suas experiências, vivências, erros e acertos. Mostra, em riqueza de detalhes: como; por quê; e de que forma: tratamos, entendemos, e respeitamos o indivíduo e sua individualidade

Assim como a TO fez sua vida toda, esperamos que, mais uma vez, esse nosso trabalho possa lhe ajudar.

Boa leitura !!

Prof. Fernando de Sá Del Fiol

01

Interdisciplinaridade e a formação do aluno

Raquel de Mendonça Rosa-Castro

Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos

Soraya Diniz Rosa

Introdução

Nos dias atuais nossa sociedade está marcada pela competitividade, pois cada vez mais cedo almeja-se um espaço no mercado de trabalho e também se espera dos profissionais uma excelente formação no menor espaço de tempo. Com isso, a demanda exigida pelo mundo da produção acabou por contribuir na fragmentação das ciências e com essa secção aprofundou-se na especialização como fator determinante na formação profissional. Nesse contexto, a especialização dos conhecimentos ganhou destaque, quando comparado com o saber amplo e múltiplo. O termo interdisciplinaridade veio à tona uma vez que se percebeu que a educação, como outros diversos segmentos sociais, sofria com os reflexos da sociedade da divisão que há muito dominava as ciências. Desta maneira, a integração dos conteúdos, dos componentes curriculares e das diversas áreas de conhecimento passou a

ser uma necessidade de muitos mestres, visando a busca de um ensino mais significativo, amplo e eficaz. Diante desse contexto, embora seja um tema debatido há décadas, a interdisciplinaridade surge como um grande desafio para educadores e instituições, tendo em vista o alto grau de complexidade que a envolve, sendo o principal deles as relações interpessoais, elemento primordial para a sua realização efetiva.

O caminho interdisciplinar, por meio do trabalho no formato de tronco comum, é amplo no seu contexto e nesses anos de construção dos cursos da saúde da Universidade de Sorocaba – Uniso, nos remete a pensar e refletir que esse quadro vem sendo transformado, ampliado e redefinido. Tal constatação nos levou a necessidade de professores e alunos se conhecerem, se entrosarem na perspectiva da construção do trabalho coletivo e assim, vivenciarmos uma ação educativa mais produtiva. Além disso, as junções dos componentes de cursos de áreas afins num mesmo local de trabalho, a sala de aula, o laboratório, as vivências extra-classe, têm sido para os envolvidos uma experiência ímpar. Inicialmente, esse processo desencadeou muitas recusas, pois o trabalho para interação é grande e árduo.

Faz-se importante a criação de uma cultura acadêmica que situe as práticas colaborativas e compartilhadas entre os professores como práxis universitária, alterando a lógica de trabalho isolado, regido por méritos estritos da publicação e localizam as profissões como ofícios pensados em si mesmos (BATISTA; BATISTA, 2016, p. 203).

Portanto, o papel do professor neste modelo é fundamental no avanço construtivo da graduação, pois somos nós, professores, que mediante a uma sala tão eclética podemos captar as necessidades do aluno e significação em cada profissão para a construção da equipe.

Nesse contexto, a interdisciplinaridade representa a possibilidade de promover a superação da dissociação das experiências escolares entre si, como também delas com a realidade social (FEUERWERKER, 2014). Ela emerge da compreensão de que o ensino não é tão somente um problema pedagógico, mas um problema epistemológico. Durante esses 20 anos de construção do Curso de Terapia Ocupacional, o ato de trabalharmos juntos, esclarece que a interdisciplinaridade não é uma técnica didática, um método de investigação, nem tão pouco um elemento de redução a um denominador comum,

mas um elemento teórico-metodológico da diversidade e da criatividade. A nossa experiência de trabalho conjunto no TRONCO COMUM levou-nos a crer que o conhecimento deve partir do simples para o complexo, do abstrato para o concreto, do real para o imaginário. Ressaltamos que a prática interdisciplinar oportuniza tudo isso, através de conteúdos cujos temas desencadeiam trabalhos com diversos enfoques, sem esquecer o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência e da compreensão de seus limites. Foi preciso que no decorrer desses anos houvesse uma revisão da matriz curricular do Curso de Terapia Ocupacional, objetivando proporcionar a interdisciplinaridade a partir da priorização dos conteúdos elementares, da eliminação da repetitividade, do aproveitamento da identidade individual de cada componente curricular, do enriquecimento, complementaridade de concepções e da produção de saberes compartilhados. No caminhar da graduação em Terapia Ocupacional a preocupação foi estabelecer este currículo como novos horizontes e metas a serem perseguidas. Para compreendermos essa evolução faz-se necessário um breve histórico do Curso.

Percurso histórico

A primeira turma teve início em 1998 e durante o primeiro ano de funcionamento a Terapeuta Ocupacional Dra. Maria Luiza Guillaumon Emmell assessorou a equipe coordenada pela Profa. Rita de Cássia Gianolla Miranda. Nesse período, o projeto pedagógico foi revisto e reestruturado com base na Proposta de Normatização das Diretrizes Curriculares e a nova matriz foi criada com carga horária de 3.620 horas, distribuídas em quatro anos. No ano de 2001, sob a coordenação da Profa. Cíntia de Menezes Fernandes Bernal, o curso foi reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) com conceito “A” e em 2007 a comissão de especialistas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) avaliou o curso com conceito máximo 5 (cinco) em todos os índices previstos. Em junho de 2008 o INEP publicou as notas do Enade e o curso obteve conceito 4 (quatro). As matrizes foram reformuladas nos anos de 2003, 2013 e 2016.

As práticas profissionais, inicialmente em 2001, eram realizadas no Núcleo de Terapia Ocupacional em um dos campi da Universidade localizado numa

região central do município de Sorocaba/SP. Este espaço deu origem ao funcionamento de uma clínica-escola objetivando prestar atendimento gratuito à comunidade do município e região, como reza a Missão da Universidade

“Ser uma Universidade Comunitária que, através da integração de ensino, pesquisa e extensão, produza conhecimentos e forme profissionais, em Sorocaba e Região, para serem agentes de mudanças sociais, à luz de princípios cristãos”. (FUNDAÇÃO DOM AGUIRRE - Resolução Consu nº 053/17).

A partir da concepção da importância da interdisciplinaridade, da multiprofissionalidade e da inserção de novos cursos aconteceu a ampliação desse espaço que se tornou Núcleo de Saúde, tendo parceria entre as áreas de terapia ocupacional, fisioterapia, enfermagem e nutrição.

Em 2010, o Conselho Superior Universitário (CONSU) aprovou as alterações dos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, permitindo assim de inserir o formato de tronco comum.

Considerações finais

Por meio de tentativas bem fundamentadas ousamos em executar procedimentos ainda não experimentados, como projetos alternativos para problemas antigos e frequentes. Respaldados pela missão institucional que estabelece sempre a possibilidade de eliminar barreiras com o intuito de resultar em uma motivação que liberta as instituições da inércia. Nesse sentido, destacamos, neste trabalho, a importância da interdisciplinaridade, da experiência do TRONCO COMUM na formação desse cidadão crítico e do profissional capaz de responder às indagações que se põem no mundo do trabalho, diante de uma *sociedade em constante transformação, tanto no cenário sócio-político-cultural quanto no setor tecnológico.*

Referências

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (org). **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FUNDAÇÃO DOM AGUIRRE - **Resolução Consu nº 053/17.** Disponível em: www.uniso.br/uniso/doc/2019-04-30-estatuto.pdf. Acesso em: 30 jan. 2020.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface:** Comunicação Saúde Educação, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-4, 2016.

02

Processos de ensino - aprendizagem e grupalização: reflexões a partir de Pichon-Rivière e das metodologias ativas

Marisa Samea

Sala de aula, primeiros dias - no Curso de Terapia Ocupacional, na Residência Multiprofissional em Saúde Mental ou na Especialização de Gerontologia em Terapia Ocupacional na UNISO - a cena dos jovens alunos ingressantes, as expressões em seus rostos, as posturas, as interrogações, as ansiedades latentes, as inquietações, minhas próprias indagações no lugar de docente... esse panorama inicial e seus desdobramentos ao longo do tempo, têm provocado múltiplas reflexões sobre a docência e os processos de ensino-aprendizagem, que tentarei tecer ao longo deste escrito.

De certa forma, nesse trajeto, acompanho a história do caminho das metodologias consideradas tradicionais e da construção das metodologias construtivistas de ensino no momento contemporâneo. Trabalhando na formação de profissionais da saúde, com grande foco na atuação no SUS, tenho vivenciado as transformações teórico práticas desse universo em sala de aula,

em estágios e nas residências multiprofissionais, o que tem despertado diversas questões, a partir da fundamentação teórica de E. Pichon-Rivière e mais recentemente através da aproximação às Metodologias Ativas.

Refletindo sobre a cena em sala de aula, que reúne alunos com histórias e expectativas tão diversas, vejo-me a princípio diante de um agrupamento, que Sartre (1985) nomearia como *série*, uma vez que compartilham tempo, espaço e um objetivo em comum: a formação. O que falta para se constituírem em um grupo? O grupo poderia ser instrumento facilitador da aprendizagem? De imediato instalo indagações sobre a potencialidade de grupalização e aprendizagem desse coletivo recém formado.

Por que grupalizar?

A teoria de Pichon-Rivière (1980), a técnica de Grupo Operativo e atualmente os fundamentos das Metodologias Ativas apontam para a importância do grupo de alunos no processo de ensino-aprendizagem, como instrumento e dispositivo na produção de subjetividades. Na fundamentação teórica pichoniana, o grupo é concebido a partir da realização de uma *tarefa* - que nesse caso seria a formação de terapeutas ocupacionais, de residentes multiprofissionais em Saúde Mental ou de pós-graduação.

Os encontros frequentes e a convivência promovem interações, comunicações, gestos, olhares, codificações e decodificações de mensagens, atribuições e assunções de papéis, trocas afetivas, vínculos, produções singulares que são compartilhadas com os outros participantes, dificuldades de várias ordens - aspectos esses que vão permitindo *processos de identificação*: mola propulsora para a grupalização.

Em uma trajetória que vai da psicanálise à psicologia social, a teoria pichoniana estuda a relação dialética entre estrutura social e fantasia inconsciente e, sendo essa articulação mediada pelo *vínculo*, o campo operacional privilegiado para essa investigação seria o grupo. Não se trata de uma psicologia dos grupos, mas de uma reflexão acerca do sujeito, que é concebido como *emergente* de uma complexa trama de vínculos e relações sociais, ponto de chegada de um processo histórico e ponto de partida para o enfrentamento de uma contradição básica entre necessidade e satisfação. É nessa contradição

intrínseca, remetida ao interjogo sujeito-contexto, que o sujeito se configura (QUIROGA, 1978).

Os conjuntos intersubjetivos se colocam, então, como espaços privilegiados, matéria-prima para a compreensão do sujeito, das articulações entre questões intrapsíquicas e as determinações concretas, situadas a partir do lugar deste sujeito na estrutura social (FERNANDES, 1994).

É a partir dos processos de interação, das articulações entre os sujeitos, dos afetos encadeados, que o grupo se faz. Ou seja, esse interjogo ocorre na dimensão grupal, que é objetiva e se expressa numa vivência concreta e material.

O espaço grupal vivenciado na realidade do cotidiano, como estrutura operativa, oferece às pessoas meios para que entendam como se relacionam, como se organizam, facilitando o conhecimento e a produção de ações transformadoras delas mesmas e do contexto onde estão inseridas, de forma criativa e crítica (SAMEA, 2002). Nesse sentido, através de sua rede vincular, o grupo pode configurar-se como instrumento com a função de sustentação e continência para que a aprendizagem possa se desenvolver.

Aprendizagem na concepção de Pichon-Rivière

Nos processos educativos e socializadores em distintas sociedades, o aprender – a caminhar, nadar, falar, manejar uma canoa, flecha ou arado, contar, entre tantos outros - incorpora um conteúdo e também o desenvolvimento de modelos, matrizes, formas de encontro do sujeito com o mundo, com outros sujeitos e consigo mesmo. Há uma configuração de modelos internos de relação, modalidades de sensibilidade e de pensamento, com a incorporação de formas de significar o mundo e a si mesmo, que a teoria pichoniana denominou de *matrizes de aprendizagem*. As matrizes são multideterminadas, policausais e surgem da interação de vários fatores que se integram reciprocamente.

O mundo se apresenta com uma multiplicidade de estímulos, com uma sequência ininterrupta de acontecimentos e experiências, que são selecionados, percebidos e interpretados de uma determinada forma singular, por cada sujeito. A *matriz de aprendizagem* seria a modalidade com que o sujeito organiza e significa o universo de sua experiência, o universo de seu possível

conhecimento, com seu substrato inicial e com a incorporação desses novos estímulos. A matriz é uma estrutura complexa, com uma infraestrutura biológica - que implica um nível de desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central - e também é socialmente determinada, através da construção e internalização das relações com os outros e com o mundo. Inclui os aspectos emocionais, afetivos e esquemas de ação – unidades entre o sentir, pensar e agir. A maior plasticidade ou maior rigidez, a restrição ou riqueza dessas formas de aprendizagem e vínculo estão relacionadas aos modelos internalizados das relações vividas na história de cada sujeito e às concepções socioculturais vigentes acerca das relações entre homem, natureza e sociedade.

Como operam as relações sociais na configuração das matrizes? Através da organização concreta, material, da experiência, da vida. Na forma particular através das instituições, da família, das escolas, dos espaços de trabalho, religião, comunicação, cultura, lazer.

Em cada experiência há uma *aprendizagem explícita*, que se ancora no aparato cognitivo, neuromotor, social de cada sujeito e se condensa em um conteúdo, no desenvolvimento de uma habilidade ou de um objeto do conhecimento. Nesse caminho também há registros específicos que se inscrevem em cada sujeito, inaugurando ou reiterando uma modalidade específica de encontro sujeito-realidade naquela situação de apreensão do novo. Esta seria a *aprendizagem implícita*, profunda, que inclui a forma como se deu aquela determinada incorporação, as ansiedades envolvidas no processo, as marcas afetivas que acompanham esse aprender, muitas vezes com registros inconscientes.

Podemos dizer que cada sujeito é um ponto de chegada de uma história de aprendizagens, onde vão sendo configurados modelos internos, estilos, com continuidades e descontinuidades, em processos não lineares, mas dialéticos.

O modelo de aprendizagem na concepção pichoniana, postula então, que se aprende através da *experiência*, articulando componentes cognitivos e afetivos e a aprendizagem seria uma forma instrumental de apreensão da realidade, para transformá-la. Essa teoria aponta para a necessidade de *aprender a aprender*, ou seja, criar e potencializar novas formas de aprendizagem que incluam os processos afetivos, que questionem e problematizem as matrizes ou modelos internalizados. Aprender pode significar fazer uma ruptura com

tais modelos, organizando um rearranjo e impelindo algum movimento de transformação.

A aprendizagem requer integrar as novas experiências às já existentes, integrar a experiência “nova” à “velha”, o que às vezes pode significar a necessidade de rompimento e desconstrução de algo já sedimentado. Para aprender é necessário comparar, incluir, perguntar, classificar, reformular, levantar hipóteses, supor, ou seja, problematizar.

O grupo de alunos, como lugar de diálogo e de jogo criador, pode constituir-se em espaço de percepção das matrizes de aprendizagem e visualização de sua plasticidade. A maior ou menor permeabilidade das matrizes pode desencadear processos de transformação nas modalidades de aprender, em grupo.

Para Pichon-Rivière aprendizagem é sinônimo de saúde mental. A cristalização de papéis e de formas de ler a realidade podem impedir o aparecimento do novo, elemento primordial para o aprender. Se há estereotipia, congelamento das relações, reedição de formas defensivas de se posicionar, se não há recursos para o enfrentamento das ansiedades que emergem nas situações desconhecidas e novas, não há possibilidade de aprendizagem, de transformação do mundo interno e da ação com o outro, pois não há reconhecimento da diferença dessa situação com outras registradas internamente. Não percebendo essa diferença, é estabelecido um diálogo com o novo grupo como se fossem os outros que habitam o cenário interno pregresso. Isso não gera transformação e, se permanece repetitivo, sem a elaboração entre as contradições velho-novo e fantasia-realidade, impede a criação, impossibilitando o aprender.

As relações intrasubjetivas ou estruturas vinculares internalizadas, articuladas em um mundo interno, condicionarão as características de aprendizagem da realidade. Esta aprendizagem será facilitada dependendo se o confronto entre o âmbito do intrasubjetivo e o âmbito do intersubjetivo seja dialético ou dilemático. Quer dizer, o processo de interação pode funcionar como um circuito aberto, de trajetória em espiral, ou como um circuito fechado, viciado pela estereotipia. (PICHON-RIVIÈRE, 1980, Prólogo).

Na dialética do mundo interno existe uma historicidade que permite a inscrição da trajetória de experiência do sujeito, dos distintos tipos de vínculos que se estabelecem em diferentes momentos da vida. Esses vínculos marcam a constituição do sujeito. São relações que se modificam, produzem um sentido para a realidade. Assim, a fantasia inconsciente - crônica ou interpretação da experiência, do destino da necessidade na relação com o outro – é o elemento motor do modo de interatuar.

Na medida em que as interações propiciam o estabelecimento de relações vinculares e o intercâmbio de papéis no grupo, é possível exercitar novas condutas, novos procedimentos, outros olhares, outras habilidades e desempenhos que permitam a mobilidade e flexibilização, ou seja, transformação e aprendizagem.

A tarefa nos Grupos de Aprendizagem

Na elaboração da técnica de Grupos Operativos, Pichon-Rivière concebeu a possibilidade de trabalho com grupos terapêuticos e também grupos de aprendizagem, estes ligados ao ensino.

No contexto da aprendizagem na formação, a tarefa seria a abordagem do objeto do conhecimento, que apresenta um nível explícito ou manifesto, mas na qual surgem algumas dificuldades, lacunas, cortes na rede de comunicação, que constituiriam os obstáculos para sua realização – o nível implícito da tarefa. Os obstáculos ou dificuldades de abordagem, que supõem uma fantasia inconsciente – portanto implícita – denunciariam uma atitude de resistência à mudança.

Frente a qualquer situação de mudança, instalam-se dois medos básicos: o medo da perda e o medo do ataque. O medo da perda refere-se ao receio de ficar sem as defesas e recursos já estabelecidos, sem os instrumentos utilizados para enfrentar o mundo. O medo do ataque provém do sentimento de se encontrar desinstrumentalizado na nova situação, com toda a vulnerabilidade que o “novo” provoca. O medo do ataque faz com que o sujeito sinta-se indefeso, sem proteção. “A tarefa consiste em resolver as situações estereotipadas e dilemáticas que surgem na intensificação dessas ansiedades na situação de aprendizagem.” (PICHON-RIVIÈRE, 1980, p. 10). A reali-

zação da tarefa pressupõe elaborar obstáculos na direção do aprender, através de processos de assimilação e reestruturação, onde a própria situação grupal é utilizada como cenário de aprendizagem.

Na composição da Matriz Curricular de um curso de Terapia Ocupacional, as disciplinas teóricas, as teórico-práticas, com vivências em laboratório e os estágios supervisionados, são definidos por ementas específicas e apresentam objetivos para a criação e o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais gerais e específicas, baseados em Diretrizes Nacionais. Portanto, diante desse desenho, ao longo de todo o curso de formação, os conteúdos dos Planos de Ensino devem proporcionar a aprendizagem desse perfil de competências e, de forma articulada, constituiriam a *tarefa* a ser realizada. Esse seria o fio condutor do processo de ensino-aprendizagem da formação em Terapia Ocupacional, o eixo fundamental a nortear as estratégias de ensino.

A tarefa explícita dos grupos de cada semestre seria, então, contemplar os conteúdos propostos com foco no desenvolvimento de competências através da aquisição dos conhecimentos e do exercício de articulação teórico prática. A tarefa implícita seria elaborar obstáculos advindos dessa construção, relacionados aos ruídos na comunicação, aos conflitos entre os participantes nas dinâmicas vinculares e às dificuldades que aparecem no encontro com o objeto de conhecimento. Pichon-Rivière refere-se a um possível “obstáculo epistemológico” - resgatando um conceito de Bachelard (1977) - onde o objeto do conhecimento configura-se quase como um inimigo do sujeito, que precisará ser conhecido e enfrentado.

Nos momentos de tarefa, evidencia-se o aprender *com* o outro. O vínculo constitui um conjunto de relações que vão sendo reciprocamente internalizadas pelas pessoas envolvidas, constituindo o que Pichon-Rivière denominou de Mútua Representação Interna. Ausências vão sendo observadas e questionadas, na medida em que a falta de um integrante modifica o processo coletivo. As relações vinculares compreendem modificações recíprocas entre a dimensão intrasubjetiva e a intersubjetiva (mundo interno-mundo externo). Nesse sentido, a responsabilidade com o próprio conhecimento e do coletivo envolvido traz uma implicação diferente ao papel de aluno, pois cada um fica comprometido com a aprendizagem do grupo.

As produções individuais e coletivas – escritos, atividades expressivas e corporais, pesquisas – realizadas ao longo do processo de formação permitem um resgate histórico e biográfico dos alunos, de seu repertório sócio cultural, habilidades e conhecimentos. Nessa trajetória é comum a explicitação de preconceitos, estereótipos, estigmas, inclusão/exclusão, diferenças – temas tão caros ao universo da terapia ocupacional, saúde mental e reabilitação – e que permearão o cotidiano dos futuros profissionais. É possível entrar em contato com essas questões, suas matrizes e poder iniciar sua elaboração.

O coordenador/docente tem o papel de ajudar a pensar, ele é um co-participante da estrutura grupal. Seu objetivo é apoiar o grupo na direção da tarefa, rumo à aprendizagem e no contato e enfrentamento dos obstáculos, sendo um facilitador das estratégias de elaboração desse processo.

Metodologias Ativas e o Contexto das Ações Educacionais

Menciono aqui alguns pontos das Metodologias Ativas que me parecem importantes para o processo de ensino-aprendizagem e que também me remetem à grupalização. Observo algumas semelhanças entre a concepção piagetiana e os modelos construtivistas, pois ambos apresentam uma visão de aprendizagem mais ativa, participativa e integradora.

Ao longo da história, a maioria das formações dos profissionais de saúde tem sido realizada através de metodologias tradicionais ou conservadoras, onde se evidencia a fragmentação – expressa na organização dos conteúdos em disciplinas, muitas vezes sem nenhuma articulação - e a reprodução do conhecimento. O docente assume um papel de transmissor de conteúdos e o aluno assume uma atitude receptiva e passiva. Nesta perspectiva – que opera com uma dissociação entre o ensinar e o aprender e remete a relações de poder - o discente vivencia uma situação de submissão, refém do saber de um outro, negando-se como sujeito da aprendizagem, com a renúncia dos instrumentos próprios do conhecimento.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (BRASIL, 1996) e as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação da saúde convocaram as instituições formadoras a uma mudança, para maior aproximação às realidades sociais e para transformações nas relações entre docentes e dis-

centes. Tornou-se essencial criar novas metodologias onde a formação do profissional de saúde implique no *aprender a aprender*, garantindo a integridade da atenção à saúde com qualidade. As novas abordagens pedagógicas propostas nas aprendizagens construtivistas e Metodologias Ativas

implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervir em contextos de incertezas e complexidades. (MITRE *et al.*, 2008, p. 2135).

Nas metodologias ativas, o sujeito de conhecimento é reconhecido como sujeito da experiência, da ação, da investigação, como protagonista de seu processo de aprendizagem. Aqui o processo ensino - aprendizagem encontra-se em constante e recíproca articulação, onde os papéis de quem ensina e quem aprende tendem a dissolver alguma hierarquia de poder e as situações conflitivas atuam como motor da experiência. O aluno precisa assumir uma postura mais ativa e o docente assume o papel de orientador das atividades, de consultor, de facilitador da aprendizagem, de alguém que pode colaborar para dinamizar a aprendizagem do aluno (MASETTO, 2012).

A *autonomia*, de acordo com Mitre e colaboradores (2008) é o princípio teórico significativo onde as metodologias ativas estão alicerçadas. O aluno, na educação contemporânea, deve autogerenciar seu processo de formação.

No âmbito do ensinar, a autonomia só emerge nas relações dialéticas entre os atores envolvidos – docente e discente. O respeito à bagagem cultural do aluno e aos saberes da prática comunitária deve nortear a prática docente para a produção do conhecimento, ou seja, o aluno é capaz de relacionar o conteúdo apreendido aos conhecimentos prévios, instalando um processo de continuidade. Há também um processo de ruptura, quando novos desafios surgem e o aluno deve ultrapassar suas vivências para ampliar possibilidades de conhecimento. Assim o aluno torna-se protagonista, ativo e responsável pelo processo de aprender e o professor - tutor também necessita desenvolver novas habilidades para ser facilitador do processo ensino - aprendizagem.

As metodologias ativas utilizam a *problematização* como estratégia de ensino - aprendizagem. Diante de um problema, é possível examinar, questionar-se, rever conteúdos e ideias, resgatar a própria história, pesquisar teoricamente de maneira autônoma e desejar os aspectos articulados a esse problema, para depois construir coletivamente hipóteses acerca desse universo. É possível relacionar informações, construir conhecimento e ressignificar descobertas, a partir de uma postura ativa, com maior envolvimento e implicação.

As metodologias ativas consideram os aspectos subjetivos – emoções, motivações, aspectos cognitivos, iniciativa, conhecimento das próprias dificuldades – e, nesse sentido, podem favorecer o autoconhecimento e o desenvolvimento das relações interpessoais e vínculos, na medida em que “o outro”, o grupo, torna-se pedra angular na construção da aprendizagem (SOUZA *et al.*, 2014).

As *ações educacionais* no processo de formação objetivam provocar outros efeitos subjetivos para enfrentar a automatização, alienação, desmotivação, dinâmica individualista e burocratização tão comumente encontradas nos trabalhadores e práticas dos serviços de saúde (CAMPOS, 1997).

Como ações educacionais, podemos utilizar vários *disparadores* para a produção singular e coletiva: um filme, uma situação-problema, um caso clínico, uma oficina de trabalho, um portfólio, uma narrativa da prática – como, por exemplo, o levantamento de dados em campo, na Unidade de Saúde. A problematização objetiva motivar o aluno a construir sentido para as indagações através da pesquisa teórica e da aproximação com a prática. A produção de cada um tende a revelar características, o potencial criativo e formas de trabalho de cada participante e, ao se compartilhar isso com o grupo, oferece matéria prima para elaborações, criatividade e aprendizagem no espaço coletivo – além de estimular trocas e identificações que ajudam no fortalecimento dos vínculos. Baremlitt (1992) cita a importância da produção, que ela é “a geração do novo, daquilo que persegue a utopia” (p. 36), diferentemente da reprodução, que seria “a tentativa de reiterar o igual, de perpetuar o que já existe, aquilo que não é operativo para acompanhar as transformações sociais” (p. 36).

Podem ser utilizados também exercícios de observação, exercícios de sensibilização e jogos, com a ideia de promover a experimentação e em seguida

realizar uma discussão/reflexão coletiva para as trocas de impressões, análises e articulação teórico-prática do que foi vivenciado – o compartilhar.

A proposição para que cada aluno (dupla ou subgrupo) possa assumir o papel de coordenação de sua própria classe – de um grupo, de uma atividade, de uma vivência – sugere o trabalho com o planejamento e organização da proposta (estrutura ambiental e técnica, pertinência, metodologia), com sua execução e avaliação, como numa *simulação da prática* e há “oportunidade para, em ato, refletirem sobre sua atuação, considerando as contribuições dos colegas e do docente” (RIBEIRO *et al.*, 2017, p. 34). A teoria pichoniana também ressalta a importância da vivência em determinado papel (facilitador, coordenador, terapeuta), e sua reflexão, assim como a experiência em outros papéis (ser coordenado, ser paciente), alternadamente, para a percepção das dificuldades, ansiedades e habilidades naquele determinado papel e para o planejamento de estratégias de desenvolvimento das competências almejadas.

Na aprendizagem construtivista, os *núcleos de sentido* fazem parte das ações educacionais e ajudam a organizar a produção do conhecimento do grupo. Através da busca individual, no momento de compartilhar a própria produção, o grupo constitui alguns agrupamentos de ideias semelhantes, tentando elaborar eixos comuns.

A Espiral Construtivista (LIMA, 2016) é uma metodologia que contém elementos da aprendizagem baseada em problemas, da metodologia científica, da problematização, da aprendizagem significativa e da abordagem dialógica. A sequência metodológica proposta: identificação de problemas; formulação de explicações; elaboração de questões (síntese provisória); pesquisa; construção de significados e avaliação (nova síntese) tem ajudado na sistematização dos processos de aprendizagem e na articulação teórico-prática. A representação do processo ensino - aprendizagem no formato de uma espiral sinaliza a importância das diferentes etapas educacionais como movimentos articulados que se retroalimentam.

Como mais uma similaridade, essa ideia me remete à Espiral Dialética concebida por Pichon-Rivière, com os vetores do Cone Invertido, onde ele identificou algumas categorias para acompanhamento dos processos grupais e de sua operatividade, que seriam: afiliação, pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e tele.

Finalizo com o tema da Avaliação, que se mostra como um ponto desafiador no processo ensino-aprendizagem. A Avaliação, segundo as funções que deve cumprir, pode ser classificada em “somativa” ou “formativa” (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995; ROSSI *et al.*, 1999). A avaliação “formativa” visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo “somativa” fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos.

A avaliação na perspectiva das Metodologias Ativas é considerada uma atividade permanente, crítico-reflexiva do processo ensino-aprendizagem, tem como referência o perfil de competência proposto e critérios previamente pactuados. Tem a proposição de ser dialógica, democrática e corresponsável.

A avaliação, a partir de uma perspectiva construtivista, pode se tornar, então, além do que conhecemos tradicionalmente através de seu núcleo, um *dispositivo* na acepção de Barenblitt (1994), ou seja, um artifício para produzir inovações, gerando acontecimentos, concretizando virtualidades, possibilitando renovações.

Em nossa tradição histórica, principalmente nos contextos educacionais tradicionais, a avaliação apresenta uma imagem negativa, às vezes persecutória, e a relação entre o avaliador e o avaliado acaba sendo assimétrica, pouco interferindo no processo de mudança necessário às conquistas de aprendizagem preconizadas. Conforme Guba e Lincoln (1989), se o sujeito avaliado é estimulado a participar e ter um envolvimento diferente em seu próprio processo avaliativo, há mais chance da avaliação ser um instrumento de mudanças e também de adquirir uma outra imagem, mais positiva.

Além das modalidades formais de avaliação, incluo a *auto avaliação* periódica como um instrumento importante, que também ajuda a implicar o aluno em seu próprio processo de aprendizagem e o estimula à auto-observação, à revisão de condutas e procedimentos, à percepção de lacunas, dificuldades e potencialidades. Além disso, com o olhar do docente-facilitador para o processo singular de cada aluno aliado às contribuições entre os alunos para as conquistas uns dos outros, ou seja, avaliações grupais – de forma cuida-

dosa e continente - é possível traçar metas de aprendizagem para os pontos considerados vulneráveis e para os resultados ainda não alcançados, de forma conjunta e pactuada.

Concluo com a percepção de que tanto a teoria de Pichon-Rivière como os pressupostos das Metodologias Ativas evidenciam conexões entre processos de ensino-aprendizagem e grupalização, como inicialmente indagamos, com resultados muito interessantes, que suscitam novas produções e aprofundamento.

Referências

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

BACHELARD, G. **A epistemologia**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.

BAREMBLITT, G. **Análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1994.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), Seção 1:27.833- 41, dez. 1996.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

FERNANDES, M. I. A. A subjetividade à luz de uma teoria de grupos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 5, n. 1/2, 1994.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. London: Sage Publications, 1989.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunic., Saúde, Educ., Botucatu**, n. 27, out. 2016. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200421>. Acesso em: 29 ago. 2019.

MASETTO, M. T. Mediação pedagógica e o uso da tecnologia. *In*: MORAN, J. M.; MASETTO, M. T.; BEHRENS, M. A. (Orgs.). **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. Campinas: Papirus, 2012. p. 133 - 173.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 13, supl. 2, p. 2133 - 2144, dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acesso em: 20 ago. 2019.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

QUIROGA, A. P. La concepcion del sujeto en el pensamiento de Enrique Pichon-Rivière: fundamentos de una psicología definida como social. **Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina**, Buenos Aires, n. 3, 1978.

RIBEIRO, E. C. O. *et al.* **Processos educacionais na saúde**: aperfeiçoamento com ênfase na tutoria de programas de residência em saúde. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2017.

ROSSI, P. *et al.* **Evaluation: a systematic approach**. Thousands Oaks: Sage Publications, 1999.

SAMEA, M. **Terapia ocupacional e grupos**: em busca de espaços de subjetivação. São Paulo, 2002. 184 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SARTRE, J. P. **Crítica da razão dialética**. Rio de Janeiro: DP&A, 1985.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 284-92, 2014.

03

A formação dos profissionais de saúde na perspectiva da cogestão de coletivos

Ana Carolina Diniz Rosa Cômite

Soraya Diniz Rosa

Neste ano em que o Sistema Único de Saúde-SUS completa 32 anos de existência assistimos a um retrocesso das políticas públicas, dentre elas, das políticas de saúde e de educação. Com o desinvestimento neste setor percebemos o aumento dos níveis de pobreza, da desigualdade, do desemprego e do abandono escolar que são testemunhados pela truculência conservadora da maioria dos gestores que corroboram para o desmonte das políticas tripartites, da restrição financeira, da privatização/terceirização com a transferência orientada pela lógica do mercado (SANTOS, 2011; PAIM, 2018).

Dados da Síntese de Indicadores Sociais-SIS do IBGE (2018) indicaram que após três anos, o Brasil voltou a fazer parte do mapa da fome da ONU e da extrema pobreza voltando aos patamares de doze anos atrás. Apesar do discurso conservador de avanços anunciados pelo atual governo federal nosso índice de desemprego no primeiro trimestre de 2018 chegou a 13,1% (IBGE, 2018). A partir desse ano, também, passou a valer (para a saúde e

educação) a proposta de Emenda Constitucional 95/2016 (PEC 241/2016) (BRASIL, 2016), que limitou, ou melhor, congelou as despesas do governo federal com gastos públicos por até vinte anos, caracterizando, assim, um projeto de redução drástica e ditatorial, na medida em que se torna impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, pelo contrário, “abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal” (ROSSI; DWECK, 2016, p. 4).

Efetivamente, a implementação do SUS como política pública é uma conquista cidadã da sociedade, pois este sistema foi pensado, tecido e implantado a partir de discussões com a sociedade civil, com os movimentos sociais, pesquisadores e trabalhadores da área, assim como com usuários. Desta maneira, fundamenta-se como uma política reparadora, marcada por uma dívida social histórica e, portanto, que interfere no campo das desigualdades e da exclusão social. Não há dúvidas quanto ao avanço conquistado desde sua implantação, principalmente relacionado ao acesso à universalidade e à garantia da saúde enquanto direito, trazendo impacto sobre a saúde e esperança de vida da população.

Entretanto, o sistema de saúde real/concreto que existe e atende a milhões de brasileiros está distante de garantir a saúde e a integralidade que o povo brasileiro necessita. O SUS que vem sendo construído é muito semelhante à grande parte da precária população que o utiliza regularmente.

No SUS, como nos bairros periféricos, há descuido com ambiência, com a eficiência da gestão pública e, o mais grave, com as pessoas que usam e trabalham no sistema. (CAMPOS, 2018, p. 5).

Pode-se analisar que esta situação vem se transformando, gradualmente, em mais um espaço dominado pela racionalidade da velha e tradicional promiscuidade da política brasileira. Em síntese, vem conformando uma ética e um padrão de funcionamento em correspondência com o modo de vida da maioria; em muitos aspectos e situações, confirmando um padrão de descaso e de desrespeito à dignidade humana.

Porém, não se pode afirmar que há um único fator ou setor responsável por este cenário, mas há uma multicausalidade, desde problemas relacionados à falta de apoio e de investimento, como o descaso com a formação de pessoal.

Os desafios da formação do profissional de saúde

Nessa discussão, levando em conta nossa experiência ministrando aulas em alguns cursos da Universidade de Sorocaba-Uniso, bem como nossa produção científica destacamos dois aspectos: a prática em saúde no cenário atual e o desenvolvimento da formação profissional.

A prática em saúde no cenário atual

Para a devida efetivação do SUS, enquanto um sistema de saúde justo, equânime, democrático, eficiente, que considera as necessidades do usuário e apresenta serviços de qualidade, há que se promover estratégias para a reorientação do modelo. Dentre elas, é necessário formar profissionais para trabalharem no SUS, uma vez que são eles quem bancam e sustentam os serviços e o sistema diariamente, ou seja, são eles que dão forma e corpo ao sistema e concretizam as ações transformando a teoria em práticas de cuidado em saúde (ROSA, 2014).

No entanto, a maioria dos cursos de graduação e pós-graduação apresenta uma formação centrada no modelo biomédico que coloca a doença como fenômeno estritamente biológico, com enfoque técnico, fragmentado e com destaque para a especialidade. Nesse modelo os processos de ensino-aprendizagem são pautados pela transmissão do conhecimento por um sujeito que o detém para outro que vai retê-lo e repeti-lo (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014).

Deste modo, observamos que as práticas clínico-sanitárias se têm demonstrado insuficientes para lidar com o novo perfil de demandas. Existem evidências de que os profissionais de saúde, de maneira geral, encontram dificuldades para lidar com a necessidade de mudança nos modos de vida das pessoas, seja para o cuidado de doenças crônico-degenerativas, seja para prevenção de epidemias, ou para garantir segurança sanitária de produtos e serviços oferecidos à população. Verifica-se, ainda, que o modo de produção tradicional das ações em saúde apresenta limitações para compreender a multiplicidade de fatores envolvidos na produção do processo saúde e doença e, conseqüentemente, formular propostas terapêuticas eficazes e eficientes (MASSUDA, 2008).

Neste sentido, é preciso considerar as dimensões da Reforma Sanitária

que, de fato, a partir da Constituição Federal/88, apresentaram um novo paradigma de saúde, não somente na dimensão teórico-conceitual e técnica, como também na dimensão política. Isso porque, o eixo de atenção às doenças é deslocado para o eixo da produção de saúde, considerando os processos de prevenção e promoção, o que implica modificar a responsabilidade dos profissionais para a compreensão do sujeito e de todos os demais aspectos da sua vida. Por outro lado, compete ao Estado (tripartite) a responsabilidade da montagem de novas estruturas assistenciais e financeiras para produzir bens e serviços necessários às mudanças sociopolíticas e culturais no campo da saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; MERHY, 2005; CARVALHO, 2007).

Não há dúvidas sobre a importância dos princípios e valores do SUS como um sistema de direito, no qual podemos destacar sua institucionalidade como uma “complexa engenharia política de gestão”, na medida em que regulamenta inúmeras políticas públicas de cuidado e de promoção da cidadania (PAIM, 2018). Contudo, ainda vivenciamos diversas dificuldades para a implementação integral do SUS, seja pela truculência conservadora da maioria dos gestores que apoiam o desmonte das políticas sociais (CAMPOS, 2018; SANTOS, 2011), ou mesmo pela ineficácia da produção de saúde e pela não efetividade da formação profissional (CANESQUI, 2000; FEUERWERKER, 2002; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2001).

Com relação à atuação profissional, Pinto e Coelho (2008) fazem um apontamento sobre a expectativa dos usuários;

O que os usuários esperam dos trabalhadores em saúde se modificou substantivamente nos últimos anos. Se em períodos anteriores a sociedade esperava dos trabalhadores da saúde apenas que tratasse de suas doenças estabelecidas, hoje este quadro já é outro (p. 324).

A prática em saúde exige então, uma visão ampliada do processo saúde-doença e a existência de profissionais éticos e técnicos que consigam lidar com a dimensão subjetiva da vida. Nessa perspectiva, a formação deve estar

pautada em sujeitos criativos o suficiente para inventar e reinventar processos de trabalho, ações e intervenções que promovam saúde e que considerem toda a dimensão humana com a existência de relações, afeto e poder (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014).

Neste sentido, o Ministério da Saúde promoveu ao longo de vários anos algumas estratégias de operacionalização para investir na formação dos profissionais que atuam diretamente no sistema visando a reorganização e a humanização da saúde. Dentre elas, podemos citar a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b, 2011), que criou o Programa Saúde da Família, o Programa de Educação Permanente (BRASIL, 2007), o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005), a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), as Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 2002; 1996), dentre outras.

Mas, apesar do avanço dessas políticas, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante da propositura legal. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas, “havendo necessidade da efetivação da educação permanente para (re) significar os perfis de atuação, assim como para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 886).

Para Batista e Gonçalves (2011) a Política Nacional de Educação Permanente foi uma estratégia assertiva por parte do Ministério da Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, pois objetivou a transformação e a qualificação das práticas de saúde, através da organização das ações e dos serviços estabelecidos pelos processos formativos. Complementam o investimento em treinamento e qualificação de pessoal e, quando bem planejado e desenvolvido é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho dos trabalhadores.

Há que se considerar que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, criado em 2005, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, também foi uma estratégia importante, pois propõe valorizar as categorias profissionais da saúde, visto que somente a classe médica tinha essa prerrogativa. Entretanto, os resultados esperados desses programas podem ser minimizados por vários motivos, dentre eles, a descontinuidade do trabalho produzido pelo residente, a simplificação dos recursos municipais e pouco equilíbrio entre o serviço e a academia (ROSA; LOPES, 2016).

Outro problema relacionado à capacitação profissional diz respeito à formação em campo, ou seja, a falta de aproximação com as realidades desfavorece o desenvolvimento/efetivação e as mudanças propostas pelo SUS. Também, muitas vezes, os serviços (e seus profissionais) estão formatados num modelo tradicional de saúde, quando não, equivocados com pouco embasamento sobre a Reforma Sanitária e o seu papel profissional para garantir direitos e cidadania (ROSA, 2014). Dessa forma, podemos questionar de que forma este profissional está sendo capacitado? A partir de quais experiências e com qual reflexão crítica? De acordo com a sua formação, o modelo apreendido nesse campo prático tende a continuar sendo reproduzido.

O desenvolvimento da formação profissional

A formação para o trabalho no SUS exige um modelo de educação que estimule a construção da consciência crítica, da criatividade, de sujeitos ativos, autônomos e indagadores, que fazem intervenções para mudar e transformar a realidade. Figueiredo e Campos (2014) consideram que o desenvolvimento do SUS depende da formação de profissionais

com competências técnicas, mas também ético-políticas e relacionais, com capacidade crítica e sensibilidade para pensar as questões da vida e da sociedade, e para atuarem em contextos de incerteza e complexidade (p. 932).

Compreende-se que a atuação dos profissionais é fundamental no atendimento dispensado aos usuários e está diretamente relacionada à qualidade dos serviços prestados.

O processo de formação de recursos humanos para a saúde pública é de essencial importância e reside no fato do trabalho basear-se, necessariamente, no elemento humano, ou seja, na sua capacidade de agir, refletir, colocar-se no lugar do outro que está sendo cuidado e entender os determinantes do processo saúde-doença em sua dinamicidade e complexidade (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

Para tanto, a metodologia deve abarcar teoria e prática, estudo e intervenção, partindo de problemas e experiências concretas ou da simulação de situações-problemas para desenvolver a reflexão crítica e a capacidade de ação dos sujeitos envolvidos no processo: aluno/profissional, técnico e usuário. Além disso, a aprendizagem requer o compromisso e a participação do aluno na construção de cada aula, solicitando sua intervenção como agente ativo do processo. Para tanto, os professores devem ter uma atuação crítica, devem conhecer a fundo a política e o sistema de saúde, para poder auxiliar o aluno na construção de sua prática, mesmo se a formação em campo for dada em serviços que apresentem uma lógica contrária à política nacional de saúde.

Algumas considerações sobre as possibilidades de mudança na formação em saúde

Campos apresenta o método Paideia como proposta de mudança para a formação profissional justificando a possibilidade de interferir no contexto institucional, efetivar a gestão democrática (cogestão) e ampliar a capacidade dos sujeitos para analisar, tomar decisões e agir sobre a realidade. Considera que a transformação das pessoas e do trabalho dá-se por meio da elaboração reflexiva das experiências de interação dos sujeitos com o mundo, de modo que a formação deveria incluir tanto o pensamento como a ação.

Esse método resgata a democratização institucional, pois o trabalho é exercido entre sujeitos com distintos graus de conhecimento e poder, o que torna indispensável a construção de espaços coletivos em que as equipes possam elaborar projetos comuns e lidar com os conflitos e as diferenças por intermédio dos contratos que vão sendo estabelecidos. Nessa medida, o trabalho possui um triplo objetivo: trabalha-se para produzir valor de uso para terceiros; trabalha-se para si mesmo, para assegurar a própria existência social e trabalha-se para a produção da própria organização do serviço (CAMPOS, 2000). Dessa forma, pode-se pensar que a educação produz valor de uso para terceiros, assegura a existência social dos envolvidos no processo e se reproduz enquanto instituição. Neste formato, além dos aspectos administrativos e financeiros, a gestão também considera aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos do processo de trabalho e, por isso, objetiva-se produzir além de bens e serviços, sujeitos e coletivos.

Um grupo de apoio Paideia deve ocorrer num espaço coletivo, com um espaço e um tempo que possibilitem encontros periódicos entre os profissionais, garantindo promover reflexão sobre o desenvolvimento da prática. Neste sentido, a sala de aula ou os encontros para formação em campo, com sua periodicidade, espaço e frequência é o espaço coletivo onde fomentam as discussões e reflexões. A discussão e a formatação da disciplina devem ser delineadas a partir das demandas e necessidades dos envolvidos, para ativar a coparticipação de cada aluno no projeto de formação e desenvolvimento profissional. Deste modo, pode-se estimular a responsabilização de cada sujeito em seu processo pessoal de formação, mas também no processo grupal.

O método Paideia prevê sempre um trabalho no e do coletivo, buscando aumentar as relações entre os sujeitos, facilitar a comunicação e ampliar as deliberações conjuntas. Todos os envolvidos são considerados no processo equilibrando a divisão de conhecimento, de poder e de afetos entre eles. Além disso, considera que todo projeto se estrutura em função de um dever, ou seja, de um processo de mudança. Assim, vislumbra uma proposta de intervenção que objetiva alterar uma situação considerada inadequada, indicando uma posição ativa, interativa e participativa dos sujeitos.

No processo de formação podemos pensar que a proposta de intervenção venha a ser o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva, alterando a relação de cada sujeito com o mundo e constituindo-o como sujeito de mudança e intervenção no meio que o cerca. Neste sentido, quando estiver no campo prático, seja pelo estágio institucional ou como profissional alocado no mercado de trabalho, o aluno ou o profissional será competente a fazer intervenções na realidade social e política do sujeito e do seu território.

Assim como nos grupos operativos de Pichon-Rivière, no apoio Paideia, o saber (análise) aproxima-se do fazer (tarefas), possibilitando que do agir, os sujeitos busquem teorias, conceitos e modelos para analisar e modificar a si mesmos e às suas formas de ação. O movimento de retomada da análise e do diagnóstico a partir da realização das intervenções permite criar uma diversidade de interpretações modificando assim, os sentidos já cristalizados pelos profissionais e afirmando as possibilidades de reconstrução social da realidade (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014).

Fazer parte do apoio Paideia produz a possibilidade da construção de objetos de investimento e de sujeitos comprometidos com o projeto. Assim,

cada aluno/profissional pode sentir segurança e pode apresentar desejo em compartilhar suas experiências, expor seus conhecimentos, reflexões e afetos, sendo favorecidos por esta grupalidade. Além disso, o método prevê que todos participam dos processos decisivos. A dinâmica dos encontros baseia-se na estratégia de discussão de casos e reflexão a partir da apresentação de exemplos práticos do cotidiano de trabalho. A teoria vai sendo apresentada sempre embasada e incrementada pela citação do campo prático. Nesse sentido, destaca-se como característica fundamental do apoio Paideia a relação entre os sujeitos, ou seja,

a combinação da demanda do próprio grupo com as ofertas trazidas pelo apoiador, tanto na eleição dos temas a serem analisados, como nos próprios elementos a considerar na análise e na definição das propostas de intervenção (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014, p. 933).

Deste modo, conclui-se que é possível trabalhar tanto com temas relacionados aos interesses do grupo, quanto com outros apresentados pelo apoiador. No processo de formação em saúde, podemos entender que o professor realiza o papel de apoiador. Este termo (apoiador) prevê a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso para o movimento e a noção de que apoio é também fazer junto. O professor/apoiador é, também, o responsável por favorecer a construção da grupalidade, permitindo que as pessoas se sintam pertencentes ao grupo e compartilhem objetivos e/ou projetos.

O método de apoio Paideia reconhece que o outro (neste caso o aluno) é alguém que também detém poder e conhecimento. Porém, o apoiador e, neste caso, o professor apresenta-se numa posição diferenciada e é responsável pela discussão teórica, pois está implicado na dimensão técnico-assistencial. Assim, é importante que apresente esses olhares distintos permitindo abalar as verdades instituídas e contribuir para a efetivação das mudanças nos modos de pensar e agir. No entanto, essas questões devem ser abordadas e apresentadas de maneira dialética, colocadas em forma de debate para que o grupo exerça a cogestão.

Considerações finais

É indiscutível a importância que as políticas de formação de recursos humanos na saúde contemplem a reorganização dos processos de trabalho no SUS, tomando como eixos norteadores a existência do Sujeito no Espaço Público em que se realiza a prática política no contexto da justiça social e da democratização da vida em sociedade. A construção ideológica do SUS não apareceu de modo espontâneo e nem foi criada pelas elites, pois colocar o Sujeito no centro da vida não estava à disposição do modelo de mercado, que se desdobra na lucratividade para o enfraquecimento do Sujeito e o declínio do Espaço Público. O SUS foi resultado de lutas e conflitos dos Sujeitos na aposta da solidariedade e da justiça social.

Porém, é inegável o descontentamento da população pelos atendimentos que lhes são prestados, assim como assistimos a uma tendência da maioria em optar pela privatização da saúde como forma de solução para esse problema, já que, não tem sido responsabilidade da maioria dos gestores defender o SUS como política de Estado, na medida em que “nenhum governo da República assumiu como projeto a implantação integral do SUS” (SANTOS, 2011). Embora as evidências nacionais e internacionais apontem maior efetividade e eficiência no sistema público, essa análise é velada para garantir o discurso dos empresários da saúde.

Assim, a formação de recursos humanos concorre para a transferência acrítica da saúde na lógica de mercado. Deste modo, nos sentimos convocados a defender o SUS como política cidadã que contempla a valorização dos Sujeitos e do coletivo e assumimos a responsabilidade da formação profissional comprometida com a ciência da política de saúde. Nesse contexto, discutimos o método Paideia como possibilidade de formar profissionais comprometidos com a produção de sujeitos e coletivos que por meio do conhecimento constituem-se como sujeitos de mudança social.

Referências

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Câmara Legislativa. **Emenda Constitucional nº. 95/2016**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria nº. 2.488/2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1996/07**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2006. **Portaria GM/MS nº.648/06**. Brasília, 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). p. 1186-1193, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 2117/05**. Institui a Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de humanização**. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência a Saúde- NOAS –SUS 01/2002**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 2.203/96**. Norma Operacional Básica 1/96. 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 30 jan. 2020.

CAMPOS, G. W. S. O futuro dos sistemas universais de saúde - **CONASS DEBATE- 2018**. Disponível em: www.conass.org.br/conassdebate/?page_id=460. Acesso em: 25 jan. 2020.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições, o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, F. E. C.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 1011-1034.

CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec- Fapesp, 2000.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Co-Editores, 2002.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, Supl. 1, p. 931-943, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais- MUNIC**. 2018. Disponível em: “<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html>”. Acesso em: 25 nov. 2019.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. *In*: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 309-330.

MASSUDA, A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 179-205.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. *In*: MANDARINO, A. C. S; GOMBERG, E. (orgs.). **Informar e educar em saúde: análises e experiências**. Salvador: Editora da UFBA, 2001. v. 1, p. 5-21.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Ayres, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

PAIM, J. O futuro dos sistemas universais de saúde - **CONASS DEBATE**, 2018. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/> Acesso em: 30.jan.2020.

PINTO, C. A.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. *In*: CAMPOS, G. W. S., GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 323-345.

ROSA, A. C. D. **A organização da atenção básica de saúde de Campinas/SP**: perspectivas, desafios e dificuldades na visão do trabalhador. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em saúde. **Avaliação**: Revista da Avaliação da Educação Superior, Campinas; Sorocaba, v. 21, p. 637-666, 2016.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTOS, N. R. O SUS e a reforma sanitária: possibilidades e potencialidades. *In*: SIMPÓSIO DE POLÍTICA E SAÚDE- CEBES, 2., Brasília, 2011.

04

As marcas do (in) visível: atividades e recursos na formação de terapeutas ocupacionais

Flavia Liberman

Ana Carolina Costa Savani

Viviane Santalúcia Maximino

Introdução

Este texto é resultante de uma pesquisa que teve como objetivo apresentar e refletir sobre alguns elementos presentes na formação do terapeuta ocupacional abordados durante os laboratórios da disciplina Atividade e Recursos Terapêuticos (ART), oferecido no 3º período do curso de Terapia Ocupacional de uma universidade federal, voltada às temáticas que envolvem a interface corpo, arte e terapia ocupacional.

A pesquisa-intervenção teve caráter qualitativo e para a produção dos dados foi utilizada a metodologia da Roda de Conversa, com a intenção de propiciar compartilhamento de experiências entre as estudantes de modo a construir narrativas e elaborações dos conteúdos emergentes. Desta Roda

participaram 22 estudantes, que na época estavam no 6º. período do curso. A Roda de Conversa pode ser um acontecimento e uma intervenção nos quais surgem diferentes possibilidades de conexões com os fatos passados vividos. Foram utilizadas também fotografias das vivências de atividades realizadas ao longo da disciplina. Ao sentirem-se implicados direta e corporalmente com estas vivências, as estudantes puderam falar sobre as cenas e suas repercussões no momento da Roda de Conversa.

As participantes conversaram sobre questões previamente definidas pelas pesquisadoras, que funcionaram como “guias” para a discussão (LIBERMAN, 2008, p. 11) e tinham como objetivo provocar uma reflexão sobre a temática estudada. As questões não precisavam ser respondidas sequencialmente, e buscou-se a todo o momento afirmar que não havia uma resposta correta ou errada para cada tipo de pergunta. A intenção era que as falas pudessem ressoar uma nas outras, criando sempre novas possibilidades de resposta e questionamentos. O material gravado foi transcrito e dele surgiram entre outros, duas categorias de análise que serão aqui apresentadas: *o que os estudantes dizem sobre a ART corpo e arte e alguns efeitos das experiências nos corpos*.

As imagens apresentadas neste texto não pretendem ilustrar o vivido, mas sim produzir uma afetação que convoque a uma leitura mais viva a respeito do trabalho de pesquisa desenvolvido.

Figuras 1 e 2 - Análise e discussão de dados





O que os estudantes dizem sobre a ART corpo e arte. As temporalidades e os corpos

“Eu chegava cansada, mas acabava conseguindo distrair um pouco das coisas da faculdade, apesar de ser dentro da faculdade.” (Luana)

Essa é uma das primeiras falas a respeito das aulas da disciplina e indica um dos “lugares” ocupados pelas aulas do eixo específico² nos primeiros anos do curso. Neste momento, as estudantes têm que responder a várias demandas advindas dos outros eixos que compõem a formação, os chamados eixos comuns. O ritmo ao qual são submetidos começa a se intensificar diariamente exigindo que as estudantes façam um exercício constante de integração da grande variedade de conteúdos com os quais entram em contato e o aumento de responsabilidades e compromissos frequentemente torna-se cansativo.

A partir da fala citada acima, podemos perceber que está disciplina, que promove experiências que envolvem práticas corporais e artísticas, pode se configurar como um dos “lugares” onde isso pode ser reconhecido e expresso, sendo possível tensionar uma discussão a respeito de como nos organizamos corporalmente em relação às tarefas que precisam ser executadas diariamente, e como estas podem afetar inclusive nossa maneira de estar presente

em sala de aula. Nesta disciplina aposta-se na possibilidade que as estudantes possam viver outra temporalidade que permita o acesso e conexão com o próprio corpo e a percepção de que este pode ser fonte de aprendizagem.

Essa fala aponta também para outro aspecto: a compreensão da disciplina como momento de “distração”. Mas, talvez, a palavra não tenha sido usada em um sentido pejorativo - o de “ficar distraído” - mas sim de “distrair-se das distrações” para prestar atenção ao próprio corpo: situações de cansaço, dores musculares, etc., oferecendo oportunidades de poder perceber-se, dar atenção, refletir e cuidar de alguns estados tais como esgotamento, cansaço e limites extrapolados.

Portanto está disciplina pode ser um lugar de autoconhecimento promovendo encontro com outros corpos e conexão com seu próprio corpo, por vezes enrijecido e anestesiado, na busca de construir corpos mais porosos e sensíveis a partir de diferentes modalidades de experiências.

Segundo Liberman (2010)

um corpo cristalizado numa determinada forma, por exemplo, enrijecido ou desmanchado demais, fixado em certo “lugar”, impede que receba e se torne suficientemente poroso às afetações que podem instaurar formas mais ricas de responder e co-criar os acontecimentos vividos ao longo de uma existência (p. 454).

“Era um momento para descansar.” (Luana)

A disciplina se configurava como um ambiente para descansar, indicando a percepção de que se vive um “corpo cansado”. Muitas perguntas emergiram no momento da Roda, tais como: os corpos estavam cansados das mesmas tarefas diariamente na Universidade? Cansados de viverem muitas experiências novas em um período curto de tempo? Cansados de realizar muitas tarefas de uma maneira que não é agradável? Parece haver uma exigência de agilidade e rapidez moldando corpos que chegam cansados ao momento da aula. Esse cansaço pode ser repensado e a existência dele investigada para que se perceba quais os movimentos que estão se “robotizando”, para que possamos experimentar práticas corporais, de pintura, jogos teatrais, entre outras, como maneira de reverter esse processo de aceleração.

Durante essa disciplina entramos em contato com a ideia de que experimentar outros estados de presença é também descobrir novas formas para um corpo acostumado a realizar os mesmos movimentos ou as mesmas atividades diariamente, sem perceber as inúmeras sensações que bombardeiam nosso corpo ao realizarmos nossas tarefas. Se não estivermos atentos “às velocidades” prestes a nos capturar e a ação automatizada, pode “surgir” um terapeuta ocupacional que vai “receitar” atividades em uma ação também automática, sem pausa, sem reflexão, tendendo a usar repertório de atividades desvinculadas do sujeito da atenção, do ambiente, das necessidades enfim, da espessura do encontro (ARAGON, 2003).

“Eu acho que as aulas desse laboratório ajudaram bastante também nisso: de continuar no curso, na faculdade.” (Luana)

O Laboratório foi citado como referência para as aulas desta disciplina. Será que o fato dessas aulas terem ocorrido dentro desse espaço configurou alguma ambiência importante para esse grupo? Um espaço que permite a disposição em roda, práticas corporais e artísticas e dinâmicas de grupo, facilitadas por materiais, além de criar uma disposição lúdica, que favorece os encontros mediados por diferentes linguagens, talvez materialize uma representação da profissão, dando sentido a sua escolha profissional.

Também é interessante perceber que este momento das aulas no Laboratório aparece como “chave” para permanecer na Universidade pois permite aproximação das estudantes consigo mesmas, considerando que, principalmente a vivência de processos de criação coletivos podem auxiliar no aumento da potência vital.

As formas de fazer

“[...] eu entrei direto do colégio e aqui era totalmente diferente [...] a gente colocava o material no meio e cada um escolhia, aí eu já percebi que a ART era totalmente diferente de qualquer outra coisa que eu já tinha tido”. (Liliam)

Muitos dos alunos chegam do ensino médio com uma formação tradicional, que não busca efetivamente o exercício da autonomia. O ato de poder escolher o material é considerado por muitos como indício de “liberdade”, para questionar, inventar problematizações relacionadas ao raciocínio clínico, aprofundar interesses, e até mesmo para perceber que estudar não é apenas ficar sentado lendo, mas sim viver, sentir, experimentar os acontecimentos em si e estabelecer articulações teórico- práticas. “Aprender é, antes de tudo, ser capaz de problematizar, ser sensível às variações materiais que têm lugar em nossa cognição presente” (KASTRUP, 2007, p. 175).

A ideia de que a ART corpo e arte é “diferente de qualquer coisa que se tenha tido” (Olivia), está associada às propostas e ao modo de funcionamento da disciplina que permite exercícios de liberdade. As estudantes entram em contato com elementos materiais e imateriais (fios, papéis, tesouras, mas também relações entre colegas, afetos, ideias, entre outros) e compõe com eles relações questionadoras que implicam em processos de decisão, organização e realização das atividades.

“[...] no começo eu não ligava muito pras ART’s, porque “ai...vamos ficar vivendo, sentindo”... e eu pensava: “Não! Vamos estudar!” (Olivia)

As aulas desta disciplina podem funcionar como oportunidades para se perceber as diferenças entre modelos de educação aos quais alguns estudantes são submetidos pois favorecem que este se coloque em um processo de aprendizagem a partir da experiência o que, às vezes, no início, pode surpreender e confundir o estudante, acostumado a procurar respostas apenas nos livros. “O melhor aprendiz não é aquele que aborda o mundo por meio de hábitos cristalizados, mas o que consegue permanecer sempre em processo de aprendizagem” (KASTRUP, 2007, p. 174).

“[...] eu demorei um tempo pra ver sentido nas coisas que eu tava fazendo na ART. Tinha umas coisas que eu pensava..”por que eu to fazendo isso desse jeito?”. Era muita Liberdade.” (Elis)

Há uma aposta das docentes que conduzem a disciplina de que modelos de educação pautados em liberdade para fazer escolhas a partir de seus inte-

resses e desejos possam ajudar a formar profissionais com maior capacidade de “questionamento sensível”: saber problematizar, fazer boas perguntas.

O professor é fundamentalmente um suporte para que o aluno possa desenvolver recursos psíquicos e teóricos para este aprendizado, que implica em uma torção em seu modo de subjetivação. Recursos psíquicos para suportar o desassossego causado pela violência das marcas, ouvir sua exigência de criação de um corpo que as encarne e se pôr em trabalho. Recursos teóricos para a criação deste corpo conceitual: aqui se o aluno circula em parte pelo mesmo repertório que o professor, este pode indicar-lhe onde buscar recursos mais promissores para a criação do corpo em questão; e quando acontece do repertório não ser o mesmo, pode ajudá-lo a encontrar alguém que domine este outro campo e lhe sugira algumas pistas. Mas, insisto, o conceito é o produto: primeiro é deixar-se estranhar pelas marcas. (ROLNIK, 1993, p. 13).

Quantos e quais espaços para questionamentos temos na vida? Por que a liberdade e a possibilidade de tomada de decisões assustam? Qual a importância de um local de formação de terapeutas ocupacionais que proporcione estas ações e reflexões?

O corpo em suas relações

“A gente ia conversar sobre a atividade e ficava ouvindo cada pessoa falando.” (Flora).

Ao se conversar e discutir sobre a vivência das atividades e suas implicações, escutava-se o outro em sua singularidade, escuta que faz uma dobra sobre si mesmo, reverberando temáticas, sensações e novas percepções para cada um. Uma escuta disponível e atenta pode ser o início da construção de uma relação entre colegas que, ao reconhecerem o outro em sua alteridade, agregam camadas de sensibilidade fundamentais ao exercício do ser terapeuta ocupacional.

[...] a ação de olhar e escutar é sair de si para ver o outro e a realidade segundo seus próprios pontos de vista. Só podemos olhar o outro e sua história se temos conosco uma abertura de aprendiz que se observa [...]. (WEFFORT, 1995, p. 10).

"[...] tem alguma coisinha que a gente vai conhecendo as pessoas, até aquelas que a gente não é próximo [...]" (Catarina).

Essa fala parece expressar que a ambiência construída em um processo ritmado, semanal, atento e modulado a partir da leitura que se faz do grupo e seus processos, favorece conhecimento do outro com quem se compartilha experiências de sala de aula. Algo do que é experimentado em aula, pela forma como é proposto, cria proximidade entre pessoas a partir dos afetos que emergem dessas experiências.

Os homens se juntam para fazer coisas e o fazer junto cria um identificar-se pela ação ou por seus objetivos em comum. Aquilo que é feito, o é em um mundo compartilhado (MAXIMINO, 2001, p. 13).

"A ART ao mesmo tempo que era muito legal, era muito difícil [...] fazia você refletir, ter que enfrentar por exemplo, artesanato, teatro, e são coisas que eu não gosto, sabe? São coisas que eu tenho que me expor e experimentar [...] eu lembro que era muito gostoso porque tava todo mundo junto, era super acolhedor." (Catarina).

A partir desse relato, percebe-se como a disciplina também é descrita como um momento difícil, em que o estudante pode vir a se deparar com a vivência de uma atividade de que não gosta, que tem dificuldade, resistências. Podemos dizer que essa experiência também é importante para a formação do terapeuta ocupacional, uma vez que em na vida profissional, as pessoas que acompanhamos também pode se deparar com situações que exigem vários desafios, assim como o próprio terapeuta.

As proposições de vivências para as aulas são decididas em conjunto: as docentes responsáveis perguntam sobre os interesses em algum tipo de atividade, explorando o que se gostaria de experimentar. Parte-se do lugar do desejo, mas trata-se do desejo de um coletivo, logo, é possível que em algum momento alguém do grupo se depare com alguma proposta artística ou cultural que não deseja fazer, que tem medo, que desconhece, etc.

"Nossos desejos de experimentar atividades eram moldados a partir do que era possível executar, e o docente construiu um calendário bem diversificado, contendo atividades que articulassem conteúdo teórico e prático – a vivência prática precisaria ser organizada pelo próprio grupo proponente."
(Luana).

O grupo pode ser percebido como lugar de acolhimento e referência para conseguir sustentar a realização dessas vivências e enfrentar as dificuldades resultantes desse processo. No entanto, o grupo também coloca desafios que, ao serem trabalhos na própria ação, compõem o processo de aprendizagem.

Alguns efeitos das experiências nos corpo

"Eu peguei a foto que a gente fez o quadro, era arte abstrata, [...] sempre gostei de pintar, mas foi um negócio muito diferente, porque eu tive que desconstruir, sabe? [...] eu gosto muito de pintar coisas bonitinhas e certinhas e fiquei com medo de fazer alguma coisa que ficasse estranha, feia. No final eu saí bem frustrada com o resultado, algumas atividades e experimentações eram muito complicadas pra mim porque eu não gosto de expor as coisas que eu faço, sabe?" (Elis).

Como os estudantes foram afetados pelas vivências propostas dentro da disciplina? Por que eram consideradas "complicadas"?

A atividade à qual a fala se refere era a criação de uma imagem cubista de um colega de sala, por meio de uma pintura produzida individualmente. O gosto pelo ato de pintar, para esta estudante, existia antes da proposta,

mas, ao se deparar com uma nova maneira de realizar essa atividade, ela experimentou certo estranhamento que causou frustração a respeito do resultado final. A “desconstrução” do ato de pintar criou a oportunidade de perceber como é realizar algo de forma diferente da qual se está acostumado, deparar-se com desconfortos na apresentação do seu “produto”, entre outros sentimentos. As propostas causam afetação.

Os grupos e as atividades realizadas na terapia ocupacional possuem uma ‘potência de provocação, ou melhor dizendo,

os grupos funcionam como ampliadores do potencial provocador das atividades...penso em provocação como aquilo que afeta, que conecta ambiente e órgãos do sentido, que é o resultado de algo que se liga e que já não é nem só ambiental, nem só pessoal (MAXIMINO, 2001, p. 14-15).

As experimentações podem ser apontadas como “complicadas” também pelo fato de, algumas vezes, haver uma demanda de compartilhamento verbal no grupo, situação que pode expor dificuldades de colocar em palavras o que se viveu. Pode haver dificuldade de reconhecer sensações e emoções mobilizados pela experiência e/ou de expressá-los. De fato, mais do que complicados, estes processos são complexos. Essa “reação um pouco frustrada” pode ter ocorrido pelo fato de serem apresentadas novas maneiras de “ser, estar e fazer” permitindo a aproximação com o próprio corpo, fazendo entrar em contato com novos modos de subjetivação (LIBERMAN *et al.*, 2011).

“Pra mim isso foi o mais difícil de fazer, [...] eu tinha que pintar o cabelo assim e cara assim. Eu precisei que ele (o professor) viesse falar comigo pra pintar daqui pra cá de uma cor e daqui pra lá de outra cor, e eu falei: mas vai ficar com a cara verde, não tem como a cara ser verde...achei muito difícil.” (Liliam).

Nessa fala esse processo é apontado como algo difícil e por vezes assustador. Aparece o conflito a respeito de experimentar outros “modos de fazer”: se por um lado, “o cabelo era para ser assim, e a cara assim”, por outro, o fato

do professor estar junto da aluna, mostrando outras possibilidades, deu suporte para que a experiência pudesse acontecer suspendendo pré-julgamentos, autorizando novas formas de fazer e estimulando processos de criação.

“Eu refiz várias vezes porque eu estava insatisfeita com as coisas que eu tinha imaginado, sou muito perfeccionista ...eu gosto das coisas do jeito que eu tinha imaginado e não saiu como eu imaginei.” (Elis).

Esse relato fez surgir a seguinte discussão: o ato de concretizar um projeto que se tenha imaginado pode fazer com que a “imagem do que seria” seja desconstruída durante o seu processo de realização. Realizar essa vivência da pintura, na maneira como foi proposta, fez a aluna deparar-se com um produto concreto que ela não tinha imaginado daquela forma. O ato de refazer várias vezes também pode ressignificar essa experimentação, e os efeitos podem ser os mais variados, todos vindos de “corpos-terapeutas em formação”. A respeito de como os efeitos são considerados a partir do momento de cada aluno, Liberman *et al.* (2011) dizem:

Podem-se notar os efeitos produzidos em cada experimentação considerando aquilo que cada aluno tem condições de aprender de acordo com seu momento maturacional, repertórios, disposição, conhecimentos anteriores, entre outras inúmeras variáveis” (p. 84).

A partir das falas a seguir, surgem relatos sobre a dificuldade na vivência de outra experimentação proposta: o Danceability. A respeito dessa técnica, Liberman e Samea (1998) apontam que trata-se de:

Desenvolver um processo de trabalho em que as pessoas portadoras e não portadoras de deficiência se encontrem, e possam esclarecer e explorar concepções confusas sobre deficiências, trabalhar artisticamente e criar uma rede prática desse trabalho com os participantes, a fim de continuá-lo em diferentes comunidades. (LIBERMAN; SAMEA, 1998, p. 126).

Esta técnica foi vivenciada em sala de aula como uma atividade marcante de sensibilização para propostas que envolvem o encontro de corpos. A ideia é de que movimentos corporais sejam inventados e reinventados em um exercício de experimentação dos estados de presença corporal em sala de aula, onde é possível “o exercício de um olhar terapêutico para essa vivência, procurando aprender algumas de suas ressonâncias” (LIBERMAN; SAMEA, 1998, p. 131). Essa vivência é feita em grupos, e aposta-se que essa conformação grupal propicia a emergência de elementos importantes para os processos de aprendizagem;

O espaço grupal nos remete à possibilidade de transitar em um território que, para além da experiência individual, privilegia o compartilhar, evidencia as diferenças, estimula a revisão do próprio ponto de vista a partir da escuta ao outro e sugere o aprender com o outro (LIBERMAN; SAMEA, 1998, p. 130).

“O Danceability...sem comentários, eu fiquei tipo robozinho, foi muito difícil pra mim”... (Olivia).

Nesta fala aparece o movimento, experimentado pela aluna, como sendo “robotizado” e “muito difícil”. Para muitos, a disciplina de ART Corpo e Arte é um dos poucos momentos na graduação em que há a oportunidade de se aproximarem de práticas corporais no campo da Terapia Ocupacional, e talvez a maneira como essa proposta seja delineada e experimentada, faça emergir sensações singulares a respeito de dificuldades de colocar o corpo em estado de movimento, de experimentação, e não somente como um receptor de informações.

“O Danceability foi importante também para olhar de verdade para as pessoas assim, porque sei lá, com um monte de coisa da faculdade a gente está o tempo todo com as pessoas mas você não para para olhar.” (Luana).

“O Danceability estava tão difícil e eu não queria, não quero me expressar [...], entendeu? Na hora em que a gente deitou e as pessoas falavam palavras, só vinha coisa ruim porque eu estava num momento ruim... [...], e eu não falei, se eu falei uma palavra, eu nem lembro qual foi, mas eu fiquei só ouvindo... se é pra eu ficar falando ‘depressão, tristeza, choro, morte...’, eu vou ficar quieta sabe assim? Só que hoje eu vejo a importância, acho que realmente foi um processo”... (Olivia).

A partir destas colocações, podemos pensar que algumas experiências vividas na disciplina, propiciava o contato do próprio corpo e com o corpo dos outros de modo diferente do cotidiano por eles vivenciados na faculdade, que frequentemente impede uma “aproximação” mais intensa e demorada como ocorre nos “encontros olho a olho”.

A vivência do Danceability surge como fresta possível de abertura: uma possibilidade de olhar os colegas. Bondía (2002, p. 23) diz que “a experiência é cada vez mais rara por falta de tempo.” Por outro lado e na segunda fala, a vivência é vista como “parte de um processo” e que por vezes é necessário tempo, maior amadurecimento e um ambiente facilitador para que esta possa ser reconhecida e valorizada. Neste sentido podemos dizer que:

É preciso lentificar, desacelerar, dar ritmo, dar tempo para ‘digerir’. No entanto, nesse processo, tanto o professor como os alunos são engolidos pelo tempo da aula, pela exigência do projeto pedagógico e por tantos outros fatores que aceleram o pensar e a satisfação imediata, dificultando ou impedindo a assimilação do vivido (LIBERMAN *et al.*, 2011, p. 86).

Outras falas expressam diferentes tonalidades dessa e de outras atividades realizadas na disciplina:

“O Danceability foi muito difícil... tinha hora que eu olhava assim, dependendo da parte que você olha parece que você tá tocando, sabe? Então assim, não só o toque mas o olhar também no Danceability pra mim foi difícil”... (Luana).

“Acho que foi mais difícil pra mim o fato da pessoa estar olhando, pra mim sempre foi assim, qualquer pessoa que tivesse olhando pra mim, eu não consigo ..tenho vontade de fugir eu fico fugindo do olhar, fico com vergonha, foi muito difícil pra mim, eu não via a hora de acabar logo e queria sair correndo”... (Joana).

“Eu reparei e eu tinha que olhar e tinha que ser olhada e... nossa... aceitar o olhar das outras pessoas é muito difícil!” (Cristina).

Essas narrativas indicam como “olhar” e “tocar”, na aula de Danceability (e em muitas outras propostas) foram experiências marcantes para algumas alunas, produzindo diferentes efeitos. A dificuldade em “olhar e ser olhado” parece ser um ponto importante nessa vivência. A vontade de “fugir”, “de sair correndo” são expressões que surgem em diversos momentos da Roda. A partir desta ressonância explicitada perguntamos:

Que tipo de experiência havia acontecido com esses corpos até chegarem nesse momento? Que momentos na universidade proporcionaram “troca de olhares”? O que podemos refletir sobre a “dificuldade em aceitar o olhar das outras pessoas”? Nos parece que o ato de olhar é tão íntimo que se assemelha ao toque, outro momento delicado e também trazido por alguns alunos quando dizem: “Eu não via a hora de acabar logo e queria sair correndo”.

Liberman (2008, p. 108) diz: “um olhar acompanha e é parte de um estado de presença que pode ser ameaçador, desafiador, perturbador, afetuosos, de acordo com as forças que se engendram em um encontro”. Os momentos que proporcionam essa reflexão podem compor, “...uma experiência visualizável, mas em dimensões invisíveis, pouco demarcadas, que atravessam e estão presentes no encontro entre corpos” (LIBERMAN, 2008, p. 100).

Nesta direção surgiram outros relatos que nos permitem pensar a disciplina como um campo de experimentações e mútua afetação a partir do contato entre os corpos na medida que visam propiciar uma experiência que produz marcas. A este respeito Bondía (2002, p. 21), nos diz: “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece e o que nos toca”, e pensando nisso, seguem relatos nos quais as alunas reconhecem a importância destas experiências.

“Desse dia aí acho que eu nunca vou esquecer [...] eu tava fazendo a pintura e tava muito descontente, tava todo mundo assim: ‘nossa! tá tão legal’ e eu não tava gostando. Aí, na hora que conversei com o professor, eu falei: ‘ah! não tô gostando’, aí ele falou: “ah! não ficou como você queria, mas olha o que você fez, olha onde você chegou. É diferente mas não é legal também?”. Eu tava passando por uma fase de mudança e parecia que ele tava falando pra minha vida, não do quadro. Eu fiquei pensando como a gente é responsável pelas pessoas, a gente pode falar uma coisa que mude completamente a visão dela, para bom ou para ruim e quanto a atividade proporciona isso, né? [...] O quanto a gente é responsável por propor uma atividade para uma pessoa e o que vai causar nela”... (Jussara).

Neste caso, a atividade e a intervenção do professor provocaram um efeito “clínico” na medida em que a estudante pode perceber-se, ao transferir aquilo que estava sendo dito sobre seu fazer para uma situação de vida. Pode também transpor esta experiência para uma possível ação em terapia ocupacional. No entanto, nos parece que esta transposição só fica clara quando o docente busca articular o que os alunos vivem, com a prática do terapeuta ocupacional ou seja: quando “as reações e demandas de cada aluno vão sendo consideradas e apontadas durante as experiências, ajudando a encontrar modelos que expliquem sua prática profissional” (LIBERMAN *et al.*, 2011, p. 84). Outras participantes da Roda de Conversa também articulam a dimensão pessoal e profissional das experiências na disciplina:

“[...] fez muita diferença na minha vida. Eu também nunca convivia muito com mulheres e não sei, eu acho que a troca, a gente se permitia muito nas ART’s e isso fez a gente crescer como pessoa e como profissional.” (Cristina).

Podemos dizer a partir desta colocação e de muitas outras, que esta disciplina aparece como um lugar de “se permitir” e o fato de compartilhar experiências em grupo

ajuda a nomear os estados, o que foi e vai acontecendo, compartilhar com os outros a multiplicidade de fatores que podem

nos levar a olhar de um determinado jeito um fenômeno ou pessoa possibilitando desencadear novos sentidos para aquele ato” (LIBERMAN et al., 2011, p. 89).

“Eu senti necessidade de falar [...] que eu tô aprendendo a me emocionar e entender a história das pessoas de outro jeito”.

“Eu sou muito mais contente hoje com isso, porque eu acho que as experiências me sensibilizaram muito. Porque eu acho que consigo dividir muito bem em antes dessas experiências e depois das experiências”. (Laura)

Segundo Liberman et al. (2011)

Ao propor vivências, reflexões e oportunidades de contato estamos atuando nas sensibilidades e incidindo em processos de subjetivação, que podem ressoar em âmbitos individuais e coletivos, pessoais e profissionais (p. 86).

Considerações finais: desdobramentos

Pela metodologia de trabalho escolhida, pela forma como foi escrito o texto, parece-nos complexo construir o que denominamos “conclusão”, apontando um ponto final para as reflexões produzidas. Diferente disso, propomos deixar pistas para possíveis desdobramentos: na leitura do texto, no encontro com as imagens, na elaboração de futuras pesquisas no campo, entre outros. Podem-se tratar então, de considerações sobre o “fim do princípio” de um caminho permanente na formação de terapeutas ocupacionais.

Ao longo da pesquisa, foi importante problematizar a formação do terapeuta ocupacional no contexto da subjetividade contemporânea, que afeta e molda os corpos e comportamentos. Por meio das trocas entre as estudantes, foi possível que estas olhassem a própria experiência ao compartilhar sensações e ideias na Roda resignificando alguns acontecimentos e efeitos nos corpos. Também foi possível observar a importância da disciplina na

formação do ser-terapeuta ocupacional, olhando para si e para os outros e reconhecendo tais processos como uma das etapas da construção de um corpo-terapeuta-sensível.

Nos parece impossível e tampouco foi nosso objetivo na pesquisa ou neste texto, dimensionar a maneira como cada corpo foi afetado com as proposições ou apresentar como uma ou outra atividade afetou com maior ou menor intensidade esta ou aquela estudante, mas foi possível afirmar a capacidade de ressonância presente em uma disciplina teórico-prática que envolve o corpo e as artes promovendo um aprendizado do ser-terapeuta ocupacional, a partir dos encontros entre corpos em suas mútuas afetações.

A metodologia de pesquisa adotada, a Roda de Conversa, corroborou para a captação, registro e sistematização de alguns efeitos e problematizações que emergiram das experiências ao mesmo tempo em que permitiu mais um momento de elaboração do vivido que se faz prioritariamente por meio do dispositivo grupal com a sua potencialidade de contagiar, inspirar e promover o exercício do pensamento em um ambiente confiável. A Roda permitiu traçar um campo de forças, respeitando as divergências e dando espaço para diferentes posições a respeito de cada tema discutido.

Durante a Roda de Conversa, uma preocupação constante foi problematizar as questões trazidas pelo grupo e não afirmar como sendo boas ou ruins as concepções que poderiam ser trazidas para a pesquisa somente a fim de serem reafirmadas e confirmadas.

As fotografias não tinham como objetivo servir como “testemunhas fiéis” das vivências em sala de aula. Seu uso foi desafiador enquanto método para a ativação das memórias do grupo. Apostamos que elas poderiam ser elementos importantes para ajudar a ressignificar uma memória corporal dos momentos vividos, construída por meio de marcas (in)visíveis deixadas pela vivência de atividades nas quais as estudantes-terapeutas puderam, talvez, descobrir e perceber algo a respeito do funcionamento de si, do outro e dos mundos e com isto criar modos de ser profissionais sensíveis às problemáticas para as quais somos convocados a pensar e agir cotidianamente em nossa profissão.

Referências

ARAGON, L. E. P. A espessura do encontro. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 11-22, 2003.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782002000100003>. Acesso em: 20 jan. 2019.

KASTRUP, Virgínia. **A invenção de si e do mundo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

LIBERMAN, F. **Delicadas coreografias**: instantâneos de uma terapia ocupacional. São Paulo: Summus, 2008.

LIBERMAN, F.; SAMEA, M.; ROSA, S. D. Laboratório de atividades expressivas na formação do terapeuta ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 1, p. 81-92, jan./abr. 2011.

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

LIBERMAN, F. O Corpo como pulso. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33 jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text. Acesso em: 20 mar. 2019.

MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

ROLNIK, Suely. **Pensamento, corpo e devir**: uma perspectiva ético, estético, política no trabalho acadêmico. 1993. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WEFFORT, Madalena F. Educando o olhar da observação. *In*: WEFFORT, Madalena F. (Orgs). **Observação-registro-reflexão**: instrumentos metodológicos I. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1995. p. 10.

05

Diversidade, cultura e os desafios da terapia ocupacional

Soraya Diniz Rosa

João Gabriel Dantas

Introdução

Este trabalho é o relato da experiência com um grupo de estagiários do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Sorocaba-UNISO e do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III “Arte do Encontro”, através do intercâmbio entre escola e serviço.

A proposta desta integração surgiu diante da necessidade de criar espaços de formação profissional na perspectiva de analisar e enfrentar as necessidades de saúde de um grupo de pacientes, usuários do CAPS, tradicionalmente marginalizado no município. A perspectiva era de provocar a reflexão sobre a lógica do modelo manicomial predominantemente proposto pela Psiquiatria como forma de tratamento para os participantes desse grupo.

A cartografia do cenário é apresentada pela concentração de instituições psiquiátricas asilares que foram sendo construídas na região de Sorocaba/SP, com maior intensidade a partir da década de 1970. Nesse período haviam

dez hospitais psiquiátricos localizados em municípios a sessenta quilômetros de distância entre si e todos criados em regime de sociedade entre médicos, sendo a maioria de natureza privada (SÃO PAULO, 2014). No ano de 2008 a região contava ainda com dois mil, duzentos e dezenove (2.219) moradores em sete hospitais psiquiátricos, sendo que essa população correspondeu a mais de um terço de pacientes internados no estado de São Paulo, o que determinou ser o maior polo manicomial do País (BRASIL, 2013). Assim, o hospital psiquiátrico tornou-se uma das principais instituições para tratamento das pessoas em situação de sofrimento mental.

Porém, em agosto de 2012 várias denúncias ocorreram sobre os maus tratos e a violência deflagrada nesses hospitais, destacando especialmente o Fórum da Luta Antimanicomial (Flamas), a pesquisa realizada por Garcia e a reportagem do Programa “Profissão Repórter sobre o hospital Vera Cruz. Garcia (2012) constatou que o índice de mortalidade no período de 2004 a 2011 foi três vezes (3,025) maior do que o dos outros 19 grandes manicômios do Estado de São Paulo (1,389), aumentando esse número na estação de inverno. Essa situação de violação de direitos humanos determinou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), que previa a implantação de uma rede de serviços substitutivos, como preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental, a partir da extinção dos sete hospitais psiquiátricos da região.

A partir do TAC a gestão Raggio/Surjus (2013-2014) deveria priorizar os recursos para a desconstrução da lógica manicomial. Com certeza, não seria uma “missão” fácil numa terra fértil para a reprodução da doença mental e, sobretudo, da cultura psiquiátrica clássica em que o circuito psiquiátrico, além de todas as violências devorou “maior parte dos recursos humanos e financeiros alocados para a assistência dos doentes mentais” (SARACENO, 2001, p. 62).

O entendimento do Secretário Municipal de Saúde, na época, foi legitimar a política de desinstitucionalização: “à nova gestão municipal não cabia discutir, mas cumprir efetivamente o termo de ajustamento” (RAGGIO, 2016, p. 184).

Produzir saúde é o nosso intento, fazer dos problemas soluções. É exatamente a tarefa que nos desafia a criatividade [...] Acolhendo a demanda do cidadão, diretamente ou através das estruturas municipais ou comunitárias temos obrigação de

atendê-la ou propiciar condições para seu atendimento, mas muito além do princípio de atender a todos, devemos encantar os indivíduos, os grupos e as coletividades humanas com a oportunidade real de alcançarmos um verdadeiro estado de saúde (p. 185).

Ao assumir o hospital psiquiátrico Vera Cruz, a partir de janeiro/2013, a gestão propôs garantir programas baseados no modelo da reabilitação psicossocial para construir lugares com alta integração interna e externa, ou seja, pretendia organizar os próprios recursos materiais, afetivos e intelectuais dos serviços e da comunidade. Surjus, então coordenadora de saúde mental do município, propôs criar estratégias para organizar os próprios recursos materiais e delinear a integração interna com a reorganização da equipe.

Em termos quantitativos, Sorocaba (SP) não era uma das cidades onde se identificava escassez de serviços de saúde mental. Eram, pelo contrário, diversos os serviços existentes, mas apresentavam absoluta fragilidade no que se refere à qualificação técnica [...] (SURJUS, 2016, p. 67).

Justificava esse diagnóstico pela maioria dos trabalhadores estarem vinculados aos hospitais psiquiátricos além do quadro de profissionais estar absolutamente inferior ao preconizado. Assim, caberia o estabelecimento de uma clínica-política, no indicativo de Rotelli, Leonardis e Mauri, com os operadores de saúde mental, ou seja, era necessário promover intenso processo formativo entre os profissionais que já estavam na rede e os novos contratados (SURJUS; RAGGIO; ROSA, 2017).

De antemão, deu-se o fechamento do Ambulatório de saúde mental, pois considerando como local vazio de relações afetivas entre pacientes e trabalhadores era preciso construir os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS. O município foi selecionado pelo Ministério da Saúde para ser rede preceptora de trabalhadores no projeto “Percurso Formativos em Desinstitucionalização”, em parceria com a Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, também, no projeto “Percurso Formativos em Cuidados em Álcool e Outras

Drogas” com o município de Santo André/SP. Estabeleceu-se parceria com as universidades para a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (ROSA; VASCONCELOS; ROSA-CASTRO, 2016). As reuniões de equipe nos serviços, nas regionais e com a gestão tiveram como eixo a análise crítica do próprio serviço, na medida em que a demanda de tratamento e as respostas a este não deveriam reproduzir o lugar inadaptável aos sujeitos e comunidade.

A gestão priorizou a criação da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS de acordo com a política de saúde mental integrando os serviços da atenção básica e o trabalho no território. Implantou o primeiro CAPS III álcool e drogas e o primeiro Serviço Residencial Terapêutico-SRT municipal. Também, reorganizou a atenção de urgência e emergência com inclusão de psiquiatras na regulação de urgências e a coordenação do hospital psiquiátrico “Vera Cruz” foi destacado como polo de desinstitucionalização. Este recebeu todos os moradores remanescentes dos três hospitais psiquiátricos do município. Criou a unidade de acolhimento infanto-juvenil para atenção às pessoas em situação de risco e vulnerabilidade por uso abusivo de drogas e com problemas decorrentes, estabeleceu o CAPS III “Arte do Encontro”, promoveu a abertura da enfermaria psiquiátrica na Santa Casa, descentralizou o atendimento das especialidades odontológicas e ampliou a abertura de Unidades Básicas de Saúde em horários mais extensos e finais de semana ampliando o acesso, inclusive das pessoas em situação de sofrimento mental.

Diante da implantação/reorganização dos serviços essa gestão rompeu com os manicômios do município a tutela dos doentes mentais, seja através da medida liminar junto ao Hospital Mental para a transferência de duzentos e dezoito moradores, ou pelo encerramento do contrato de prestação de serviços ambulatoriais desse mesmo hospital, ou ainda pela interdição cautelar do hospital psiquiátrico “André Teixeira Lima”.

Os projetos políticos apresentados vinham de encontro às diretrizes do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), dos movimentos da saúde coletiva, das políticas sociais e da Política Nacional de Saúde Mental. Assim, de fato, o município vivia outra proposta de saúde, que finalmente chegava a Sorocaba. Era um tempo de esperança o qual poderíamos vislumbrar uma nova cultura para viver a diversidade.

O CAPS e a aproximação com o movimento de procura.

O CAPS “Arte do Encontro”, inaugurado em maio de 2014, deveria ser uma referência de atendimento e cuidado, principalmente para os pacientes vinculados as unidades ambulatoriais do “Hospital Mental”. A equipe do CAPS, constituída principalmente por profissionais com experiência na RAPS e na Atenção Básica, compreendia que o trabalho a ser construído não deveria ser somente uma hipótese filantrópica (humanizar o cenário desumano), mas caberia transformar a interdição do tratamento em possibilidade de tratamento, como recomenda Saraceno (2001), ou seja, seria preciso desconstruir o paradigma psiquiátrico e trabalhar com as fissuras de onde emergem a subjetividade dos grupos interpretados e rotulados pela psiquiatria.

Nas diretrizes nacionais de saúde mental o CAPS era a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004a), pois objetiva substituir o modelo manicomial e ofertar tratamento para sujeitos com transtornos mentais graves, ofertando a possibilidade de convivência familiar e territorial. Como equipamento da RAPS assume a responsabilidade de gerenciar e organizar o cuidado em saúde mental da população do território.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Saúde Mental, orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e pela Lei n. 10.216/02, afirma não existir política territorial sem haver, simultaneamente, política de superação do manicômio. Assim como, não é possível pensar em projetos de reabilitação sem levar em conta a história de muitas pessoas que passaram/moraram em hospitais psiquiátricos, pois como disse Basaglia (1985)

[...] a ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros sem o mínimo impulso pessoal, o ter dividida e organizada a própria jornada sob tempos ditados só por exigências organizativas que – exatamente por isso – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo [...]. O doente mental, fechado no espaço apertado da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites que lhe foram impostos pela doença, é forçado pelo poder institucionalizante da internação, a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de aparvalhamento e de restrição de si que – originalmente sobreposto à doença – não é sempre reversível (p. 62).

Desta forma, como reverter as regras institucionalizadas pelo poder da psiquiatria e a determinação do asilo? Essa questão estava pautada no CAPS “Arte do Encontro” e a equipe se debruçava para não reproduzir as ações manicomialis, pois corria o risco de apenas confirmar as mudanças administrativa, funcional e organizacional (AMARANTE, 2008). Diante da necessidade de criar espaços de tratamento, mas também de formação profissional, pretendeu-se inventar/reinventar formas de cuidado embrenhado na fissura que pudesse emergir as necessidades/potencialidades e subjetividades dos sujeitos.

Nessa perspectiva, o terapeuta ocupacional do CAPS propôs coletivizar o atendimento com a criação de alguns grupos, na perspectiva desse dispositivo possibilitar o lugar do cuidado coletivo. De fato, a grupalidade proporcionou “produções subjetivas, afetações e existências, a partir do contato com o outro” (SÁ *et al.*, 2015, p. 91).

O terapeuta ocupacional ao escolher a atividade artística como componente para a construção de espaços simbólicos permitiu o desencadeamento de histórias e narrativas espontâneas. De antemão, propôs a construção de um ateliê aberto no CAPS para a modelagem com papel “mache”, porém na incerteza sobre a própria constituição do grupo e do material. Na medida em que o papel era processado e experimentado (rasgado, picado, molhado e triturado) a ideia sobre o que fazer com a matéria prima também ia sendo construída e compartilhada como a própria constituição do grupo. Alguns

usuários se aproximavam do grupo e experimentavam o material e a ambiência, outros passavam pelo espaço como observadores verbalizando o medo de produzir algo insignificante e outros, ainda, somente observavam de longe.

Num dos encontros um participante, discutindo sobre seu diagnóstico definindo-se como louco, sugeriu a elaboração de uma imagem que representasse essa “doença”. Essa ideia reverberou falas, comportamentos e expressões diversas e uma polissemia de significados foi sendo verbalizada, como por exemplo: “loucura é ter vaidade; é ficar nervoso e bravo; é querer passear em Paris; é ter morado em hospital psiquiátrico; é tomar medicamento de tarja preta; é ser esquizofrênico; é brigar com a família; é não ter casa própria; é não saber ler e escrever; é não trabalhar”.

No embaralhamento de múltiplas ideias e discursos os encontros foram tecidos e a modelagem com o papel “mache” deu lugar para a exposição das vivências com a loucura, que por sua vez se modificava a cada encontro e também, a cada inserção de outros materiais como pedaços de madeira, cabo de vassoura, bolas de isopor, pedras, gravetos, cola, tinta, pincel, dentre outros.

Os usuários experimentavam a potência da transformação do papel em caricaturas na medida em que os rostos iam sendo caracterizados (narizes pontiagudos, olhos esbugalhados, orelhas de gato, dentes esbranquiçados, pretos e arrancados da boca). Alguns se irritavam com as mãos sujas provocadas pelo uso dos materiais, outros importavam menos com essa questão e ficavam surpresos quando viam as possibilidades de criação.

O produto final não foi apenas resultado de um processo manual e de uma experiência com os materiais intermediadores, mas a técnica do papel “mache” possibilitou várias reflexões.

A recomposição de universos de subjetivação e de resingularização dos sujeitos se constituem em linguagens de estrutura flexível e plástica, que permitem compartilhar experiências e facilitam a comunicação entre as pessoas, sobretudo quando a linguagem comum é insuficiente para exteriorizar vivências singulares. O desenvolvimento do fazer artístico proporciona a criação de objetos e obras que serão criação sobre o mundo real, bem como ele; é potencializador da experiência de uma nova realidade que fornece ao próprio viver um sentido de vivências do criativo (CASTRO; LIMA; BRUNELO, 2001, p. 52).

Essa experiência de grupo pode ser reconhecida como espaço comunicante e potencializador de circulação das trocas de histórias, afetos e recursos, pois descortinou um campo emblemático da doença mental ao qual se procurou dar visibilidade. Pode-se considerar que esse espaço possibilitou a transformação da oferta de tratamento, uma vez que a problematização da doença e da saúde estava sendo colocada em outros moldes, ou seja, nos moldes da vida cotidiana.

Entretanto, sem dúvida, esse trabalho também provocou na equipe do Caps uma reflexão sobre as mudanças que deveriam ser operadas no coletivo dos trabalhadores, principalmente diante de cenários propícios para o desinvestimento dos vetores de forças manicomiais. Acreditava-se que o CAPS “Arte do Encontro” seria o lugar de movimentos e resistências do modelo capitalista de produção da saúde.

A Terapia Ocupacional e a aproximação com o movimento constante de procura

Pode-se afirmar que a construção artística na Terapia Ocupacional tem sido considerada como um instrumento de mudança do paradigma da loucura. Para Mamberti (2008)

A construção iniciada com a terapia ocupacional e a reabilitação psicossocial por meio do fazer artístico, inclui também a criação de uma nova cultura de olhar e de cuidar da loucura (p. 25).

Cultura, diversidade, loucura e terapia ocupacional se inter-relacionam e esse intercâmbio potencializa ações com os diversos segmentos sociais e fomenta espaços de expressão às populações que estão marcadas pela violência, pela anomia e por outras inúmeras formas de sofrimento e marginalização.

O Ateliê Aberto construído dentro do CAPS instituiu novos vetores e num movimento constante de procura de práticas que dialogassem com o território a equipe descobriu na Universidade de Sorocaba-Uniso, especificamente no curso de Terapia Ocupacional, um projeto intitulado “Encontros Culturais”, que ofertava um espaço de cuidado em saúde aberto à comunidade.

O objetivo do Projeto é promover encontros que visem à conexão de pessoas por seu interesse pela arte, da multiplicação das experiências sociais, do crescimento dos saberes espontâneos, da solidariedade, e da abertura para novas possibilidades e novos modos de convivência pautada nas experiências artísticas e culturais [...]. Também, objetiva possibilitar o acesso ao espaço universitário reafirmando a missão desta Universidade de ser uma universidade comunitária (ROSA; SOUSA; CHRISTIANO, 2010).

Na aproximação com o curso de Terapia Ocupacional discutiu-se a possibilidade de parceria, mas quando o terapeuta ocupacional do CAPS colocou a proposta para seu grupo ninguém concordou, pois significava realizar encontros fora do espaço institucional. Justificaram a dificuldade da distância, do transporte, do tempo que levariam para voltarem para casa e demonstraram muito medo. O terapeuta convenceu o grupo a conhecer o projeto, apenas como uma visita à universidade. Contando com o apoio do curso de Terapia Ocupacional traçou-se uma proposta de acompanhamento dos pacientes, inclusive para o trajeto CAPS-Uniso, onde duas estagiárias participaram dessa atividade.

No laboratório de atividades plásticas e de recursos terapêuticos, local onde acontecia uma das oficinas, um grupo de pessoas da comunidade e estudantes aguardava o início da oficina quando os participantes do CAPS chegaram e se agruparam para a tarefa proposta.

Medeiros (2003) refere que o uso de atividades por terapeutas ocupacionais está atrelado com as possibilidades do sujeito ocupar outro lugar social diferente do status que a patologia o instituiu, o que implica

[...] que ele se apossa com satisfação da sua vida [...], quer seja no desempenho de suas atividades práticas diárias, no desempenho de seus diferentes papéis sociais, quer seja no desempenho de sua vida profissional, social, afetiva, e política – vivendo seu tempo e local em busca da realização de seus desejos (p. 154).

O resultado foi que cada participante, a seu tempo, se apropriou de outros papéis, como de artesão, artista, estudante, consumidor da cantina, aprendiz, visitante de outros laboratórios, leitor da biblioteca, companheiro de outros participantes, usuário do transporte público. Para alguns, percorrer os laboratórios de Terapia Ocupacional e outros lugares da universidade significou o encorajamento para conhecer e/ou se apropriar de outros territórios, num primeiro momento acompanhados pelas estagiárias, mas aos poucos se despregando dos medos incorporaram desejos e subjetividades.

Porém, para a equipe de terapeutas, professores, alunos e funcionários essa prática possibilitou a reconstrução de saberes, sobretudo a aprendizagem pela sensibilização provocada entre os sujeitos. Liberman (2008) discute que ficamos imbuídos ao nos deixarmos afetar “das propostas, dos conceitos, dos desejos” dos sujeitos (p. 70). De modo que, a abertura para novas possibilidades e novos modos de convivência através da arte remeteu a nós mesmos intensas impregnações de novos conhecimentos e saberes. O exercício de afetar e ser afetado nos colocou com a possibilidade da produção de novas subjetividades, por meio da captação e produção de sensações das marcas que foram sendo constituídas/revividas/rompidas/consolidadas/acomodadas a cada encontro.

Também, há que se destacar que na universidade o cenário também modificou, pois o encontro com esse grupo promoveu outras possibilidades de com(vivência). Muitas vezes, a sensação foi de estranhamento, diferenciação, medo, compaixão, mas outras de aproximação, diálogo e enfrentamento dos próprios estigmas.

A exposição das obras como desdobramento da procura

Os Encontros Culturais aconteciam semanalmente e as oficinas tinham duração de duas a duas horas e meia. A proposta da construção de uma imagem que representasse a própria loucura foi trazida pelo usuário do CAPS e constituiu-se como oficina de construção de máscaras com uso do barro. Diante da situação provocativa e perturbadora do tema cada participante experimentou o material da sua maneira, se misturando e se borrando com ele, se distanciando da mesa e da sujeira e afastando-se dele. Porém, em cada encontro o barro era reapresentado e a máscara era remexida, destruída, revirada, refeita.

Os estudantes e funcionários da universidade se misturavam com o grupo do CAPS, que também se juntavam com mulheres donas de casa, familiares, acompanhantes, aposentados, deficientes físicos, auditivos e jovens da periferia. Durante quase oito meses foi essa a composição do grupo, com algumas modificações pela ausência de um ou de outro participante.

Num dos encontros o terapeuta ocupacional do CAPS propôs a discussão sobre o destino dessa produção e o silêncio marcou o ambiente. Novo encontro reforçava essa questão e novos silenciamentos. Porém, na medida em que alguns participantes iam terminando sua obra abriam-se possibilidades e ideias, como por exemplo, fazer uma exposição dentro do próprio laboratório ou no corredor externo entre os prédios da universidade. Novos encontros e surgiu a ideia da exposição ir para um lugar um pouco mais distante do laboratório, na biblioteca.

A exposição das obras estava certa, mas carecia determinar onde e como ela deveria ser apresentada. Os debates foram intensificados e foi sugerido da exposição sair dos muros da universidade. O grupo concordou com as duas propostas, da exposição ser na universidade e fora dela. Assim, os participantes se organizaram para dar conta do trabalho e dividiram as tarefas. Uma equipe foi procurar um espaço na cidade e conseguiu um café colonial. Assim, três exposições intituladas “Qual o rosto da sua loucura?” aconteceram, sendo a primeira no Laboratório de Terapia Ocupacional, depois na Biblioteca da cidade universitária e por último, no Café Colonial. De modo que, os participantes da Oficina de barro, ocupando o lugar de artistas, receberam os visitantes nos três espaços.

Considerações finais

As mudanças na textura social e na formação profissional não constituem uma promessa ou uma utopia, mas estão deflagradas na vida cotidiana. Acreditamos que é preciso responder os desafios que estão escancarados em histórias e acontecimentos reais, simultaneamente social, cultural, político, econômico e histórico na medida em que o campo das desigualdades, das divisões sociais, do aparelhamento do Estado capitalista e das políticas que reforçam os privilégios têm sido devastadoras na vida de muitos sujeitos.

De modo que é possível criar, inventar, construir espaços para a produção de encontros e diversas experimentações numa cartografia para a produção do conhecimento, como nos sugere Deleuze e Guattari.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS. 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004. Acesso em 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 2004b. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC. **Saúde mental: PFDC destaca desinstitucionalização de pacientes do hospital psiquiátrico Vera Cruz**. 2013. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2013/outubro/saude-mental-pfdc-destaca-desinstitucionalizacao-de-pacientes-do-hospital-psiquiatrico-vera-cruz>. Acesso em: 30 out. 2019.

CASTRO, E.; LIMA, E.; BRUNELLO, M. I. Atividades humanas e terapia ocupacional. *In*: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-112, 2012.

LIBERMAN, F. **Delicadas coreografias**: instantâneos de uma terapia ocupacional. São Paulo: Summus, 2008.

MAMBERTI, S. Programa da Oficina Nacional de Indicação de Políticas públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social. Mesa de abertura. *In*: AMARANTE, P. **Loucos pela diversidade**: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Rio de Janeiro, 2008. p. 24-25. Relatório final.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional**: um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Hucitec, 2003.

RAGGIO A. M. B. **Do Apiáí ao Paranoá “arrodar é com as águas”**. Notório saber. Memorial à Escola Fiocruz de Governo/Gerência Regional de Brasília. Brasília: EFG-GRB/Fiocruz], 2016. (mimeo.).

ROSA, S. D.; VASCONCELOS, E. M. A; ROSA-CASTRO, R. M. **Formação profissional em saúde mental**: experiências, desafios e contribuições da residência multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV, 2016. p. 17-25.

ROSA, S. D; SOUSA, A. S. H.; CHRISTIANO, C. J. **Projeto encontros culturais**. Sorocaba: Universidade de Sorocaba, 2010. (mimeo.).

SÁ, Y. *et al.* Cartografias femininas: Grupo de Mulheres pelo olhar dos estudantes. *In*: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (Orgs.). **Grupos e terapia ocupacional**: formação, pesquisa e ações. São Paulo: Summus, 2015. p. 88-114.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Caminhos para a desinstitucionalização do Estado de São Paulo**. Censo Psicossocial, 2014.

SURJUS, L. T. L. S. S. Fazeres impossíveis: coordenando uma revolução na saúde mental da cidade de Sorocaba. *In*: ROSA S. D.; VASCONCELOS E.

M. A.; ROSA-CASTRO R. M. **Formação profissional em saúde mental:** experiências, desafios e contribuições da residência multiprofissional em saúde. Curitiba: CRV, 2016. p. 107-118.

SURJUS, L. T. L. S. S.; RAGGIO, A. M. B.; ROSA, S. D. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: narrativa da implantação no processo de desinstitucionalização do município de Sorocaba-São Paulo- Brasil. **Revista eletrônica Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 297-317, 2017.

06

Terapia Ocupacional e o contexto da história da intervenção na inclusão da pessoa com deficiência no Ensino Superior na Universidade de Sorocaba

Lilian de Fatima Zanoni Nogueira

Esse capítulo relata a participação da Terapia Ocupacional nas ações institucionais que envolvem as pessoas com deficiência na Universidade de Sorocaba.

Minha primeira experiência no percurso profissional como terapeuta ocupacional inicia-se em 2005, na Universidade de Sorocaba. A contratação se deu para atuar em um programa de qualidade de vida direcionado aos funcionários administrativos da instituição. Foi nesta prática profissional que iniciei minhas atividades, em grupos de trabalhadores, com o objetivo de minimizar condições de sobrecarga de trabalho, incluindo ainda, práticas de adaptação de mobiliário (ergonomia) ou de readaptação de trabalhadores com restrição para atividades decorrente de limitações físicas. Nesse local também acompanhei todo o processo de contratação de funcionários com

deficiência iniciado em forma de programa em 2007; e durante um longo período este programa, que tinha apoio institucional do Setor de Recursos Humanos foi realizado.

No programa, enquanto terapeuta ocupacional realizava: Avaliação de perfil e definição funcional, participação em processo seletivo, treinamento de lideranças e colegas de trabalho. Discentes do curso de Terapia Ocupacional, via estágio profissional, tiveram importante participação neste programa; os mesmos realizaram avaliação, acompanhamento de medidas equiparativas, bem como de sensibilizações e treinamentos a toda comunidade acadêmica. O programa por volta de 2014 não foi mantido, já com a cota cumprida, pelo entendimento de que a contratação de pessoas com deficiência devia ser assumida da mesma forma que qualquer outra contratação da Instituição.

Paralelo a esse trabalho sempre atuei em empresas no contexto saúde e trabalho; e não foram poucos os casos atendidos de pessoas com deficiência cujo impedimento tinha sido causado pelo trabalho.

Em 2007, houve uma solicitação da Reitoria da universidade para que junto a um grupo de professores e funcionários das áreas de Engenharia, Biblioteca e Recursos Humanos pudéssemos criar um programa para atendimento às pessoas com deficiência na universidade, incluindo alunos ou funcionários. Neste ano a instituição já realizava a contratação de profissionais com deficiência, por exigência da lei de cotas. Também estudantes com Deficiência passaram a matricular-se; especialmente um aluno com deficiência visual ingressou no curso de Direito em 2005.

Nesta ocasião, foi criado um programa nomeado de Unidiversidade, coordenado por mim, desde 2009 até a data atual. Na equipe 2018 colaboram diretamente duas funcionárias administrativas, uma aluna bolsista de extensão graduanda em Terapia Ocupacional e uma intérprete de libras. Outros setores administrativos da universidade integram a equipe de apoio ao programa, tais como as áreas de Engenharia (responsáveis pelo desenvolvimento da acessibilidade física), Biblioteca (responsáveis pela adaptação de material didático para deficientes visuais), Setor de Concursos (com o acolhimento e adaptação dos processos seletivos) e Clínica Escola de Psicologia (responsável pelo atendimento de casos indicados).

Meu envolvimento com o tema foi aprofundado teoricamente no mestrado, quando pesquisei, nos anos de 2008 a 2010, o cotidiano de docentes de Instituições de Ensino Superior (públicas e privadas) que tinham alunos com deficiência em sua sala de aula. Essas vivências, tanto no âmbito profissional, quando acadêmico, indicaram a possibilidade de ampliar a pesquisa sobre o tema, mantendo-me no durante os estudos do Doutorado na temática do Ensino Superior, mas com uma proposta de pesquisar a perspectiva das pessoas com deficiência, dando-lhes voz e conferindo-lhes a oportunidade de participarem como autores de suas próprias trajetórias (NOGUEIRA, 2010; 2019).

Nessa trajetória profissional, em que os relatos das pessoas com deficiência atendidas mostram diversas realidades sobre a vivência das desvantagens, observo que a Terapia Ocupacional tem uma relevante contribuição profissional, contribuição esta que motivou minha escolha por aprofundar a temática no programa de Doutorado na área de Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos- UFSCar, iniciado em 2016.

A escolha por analisar cientificamente o local em que desenvolvo minha prática profissional, a princípio, pareceu arriscada, mas, no momento, minha visão é que pesquisar cientificamente uma temática norteadada por minha própria ação pode dar pistas sobre como vincular pesquisa e extensão para os campos de trabalho.

Sorocaba, cidade em que essa atuação profissional ocorre e onde está sendo realizada a ação relatada, em 2015 tinha uma população estimada de 644.919 habitantes sendo que 39% desta tinha entre 15 e 39 anos de idade. Estima-se em 37.490, o número de pessoas que cursam o Ensino Superior na cidade, o que totalizaria apenas 14% dos jovens da cidade ou 5,8% da população residente no município. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, em 2010, era 0,798, o que leva Sorocaba a ocupar o 47o lugar no Brasil (IPEA, 2013).

O percentual significativo de jovens (39%) no município favorece o estudo de tema relacionado às possibilidades de inclusão social na Educação Superior, aspecto importante dos estudos sobre juventude. Nesse sentido, também ganha relevância o estudo sobre a juventude que apresenta algum tipo de deficiência, sobre a qual não são facilmente identificados dados específicos nos documentos oficiais.

Embora, historicamente, a Terapia Ocupacional tenha se constituído também a partir dos estudos relacionados à deficiência, foi possível perceber a partir do estudo de revisão bibliográfica de Nogueira *et al.* (2016) que, nos últimos anos, nos veículos de divulgação científica de maior circulação na comunidade de terapeutas ocupacionais o tema da deficiência foi tratado em apenas 15% dos artigos publicados. As autoras investigaram os temas relacionados à deficiência abordados pelos terapeutas ocupacionais nos periódicos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar e Revista de Terapia Ocupacional da USP, entre janeiro/2010 e junho/2016. Nesse período, foram localizadas 603 publicações e apenas 89 (15%) abordavam a deficiência. Desse total 29 (29%) artigos referiam-se à temática da deficiência e à educação formal. Três (0,49%) deles versavam sobre o Ensino Superior e as percepções de pessoas com e sem deficiência sobre aspectos da acessibilidade física ou atitudinal.

No entanto, esses estudos têm se preocupado em conhecer a complexidade e os desafios do campo da deficiência, ao refletirem sobre os relacionamentos interpessoais, o mundo do trabalho e da educação inclusiva, a acessibilidade a serviços e também sobre as indicações interventivas, que incluem o conhecimento técnico sobre abordagens de problemas específicos, como também a importância das questões sociais implicadas no campo da deficiência que terão repercussões sobre o fazer profissional.

Sobre o programa para alunos com deficiência

Especificamente sobre o programa que atende alunos com deficiência na Universidade, em 2009 a Universidade de Sorocaba iniciou o desenvolvimento, com uma equipe multidisciplinar. A partir de reuniões sistemáticas criou-se um procedimento institucional, vinculado à Pró-Reitoria Acadêmica que teve por objetivo atender às especificidades das pessoas com deficiência, com objetivo de garantir educação de qualidade a todos.

É pertinente registrar que a Universidade é uma instituição comunitária, existente em Sorocaba, interior do estado de São Paulo, Brasil, há 21 anos. A instituição mantém hoje 69 cursos ativos de graduação, três programas de mestrado *strictu sensu*, um doutorado e diversos cursos de pós graduação *lato sensu*, e abriga em média 10.000 alunos.

As ações desenvolvidas em vários setores da Universidade, estão em Resolução do Conselho Superior Universitário 004/09 que aprova o Programa Unidiversidade da Universidade de Sorocaba. A resolução aprova o Unidiversidade como um programa institucional que objetiva possibilitar um espaço físico, acadêmico e social para reflexão, debate e ações necessárias que visem assegurar o direito de ingresso e permanência na Uniso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Em outra resolução (nº. 051/12), as finalidades do programa são detalhadas como aquelas que realizarão acompanhamento contínuo considerando as diretrizes da educação para diversidade numa perspectiva inclusiva, bem como reforçam o objetivo do programa Unidiversidade, definido como um programa que visa favorecer as condições necessárias para ingresso e permanência de discentes, docentes e funcionários técnico-administrativos com deficiência ou mobilidade reduzida. Nessa mesma resolução é determinado pela reitoria comissão para o desenvolvimento do programa.

O programa se destina as Pessoas com deficiência (sejam elas temporárias ou permanentes), seguindo a legislação vigente (BRASIL, 2015) e o documento de recomendações “Ações estratégicas em Educação Superior a Distância em Âmbito Nacional”, do grupo de trabalho EaD no Ensino Superior GTEADES/MEC/SESU do Governo Brasileiro, e documento orientador Programa incluir – Acessibilidade Na Educação Superior – SECADI/SESu-2013. Tal documento norteador faz orientações, direcionadas especificamente às instituições federais. Não é o caso da instituição desse campo de estudo, porém houve a opção de pensar a partir desse documento, já que esse baseia-se em outras 10 legislações brasileiras.

Segundo os Decretos nº.186/2008, nº.6949/2009 (BRASIL, 2009) e o Documento Orientador do Programa INCLUIR (2007; 2013)

pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de natureza atitudinais e ambientais poderão ter obstruída sua participação em condições de igualdade com as demais pessoas. Assim, a deficiência não se constitui como doença ou invalidez e as políticas sociais, destinadas a este grupo populacional, não se restringem às ações de caráter clínico e assistencial (p. 11).

Além do atendimento às pessoas que indicam ser pessoas com deficiência segundo o programa atende outros casos não diagnosticados e outros alunos que procuram o programa solicitando ajuda, incluindo os indicativos de casos de transtornos mentais.

O programa de acompanhamento realiza as ações de Verificação das necessidades de acessibilidade sendo realizado em dois momentos: no vestibular e no acompanhamento do percurso acadêmico do aluno. No primeiro momento, é necessário que ocorra por parte do candidato o preenchimento do formulário para solicitação ao atendimento, que deve acontecer no ato do preenchimento da inscrição para o vestibular.

O aluno deverá solicitar que tipo de apoio necessita, citando sua especificidade a fim de ser avaliada e depois, se possível, ser atendida. Nesse momento, será acionado o Programa Universidade que fará a avaliação das necessidades para o vestibular. Em sendo aprovado, o programa Universidade orienta o candidato e o encaminhará aos diferentes setores da Universidade darão apoio ao aluno. Entre eles, a equipe de elaboração do vestibular (Comissão Permanente de Concursos), biblioteca, centro de educação e tecnologia, laboratórios e equipe de professores. Todos os apoios e solicitações estão centradas no Programa, de forma que este dispare todas as solicitações aos outros setores competentes.

Observa-se que em alguns casos não há a auto-declaração das deficiências, porém a qualquer momento, por meio do coordenador do curso ou do Setor de Atendimento ao aluno é possível que ele seja encaminhado ao programa.

Em relação ao Acesso Físico são realizadas constantemente mudanças arquitetônicas.

A Biblioteca tem um papel fundamental, principalmente com os deficientes visuais, já que o material didático deve ser adaptado para essas pessoas. Para isso foram realizadas várias ações pontuais. As atividades realizadas pela biblioteca sempre são realizadas após a solicitação dos alunos que precisam da adaptação do material. Os funcionários e a direção da biblioteca realizaram treinamento específico para o atendimento às pessoas com deficiência. Um funcionário do setor fica disponível para o caso da pessoa com deficiência precisar dos serviços, tais como utilização de programa para leitura, uso de scanner de ampliação.

O Programa de acompanhamento objetiva adequar não só o vestibular, mas também acompanhar esse aluno no percurso universitário com adaptações pedagógicas, de acesso físico e mobilidade bem como pretende intervir nas ações atitudinais, promovendo condições de aceitabilidade às condições de deficiência. Atuam no programa uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e um funcionário com deficiência. Percebeu-se nesse período que há uma ressonância positiva ao programa essa ação, já que os alunos se identificam com o funcionário, tendo-o como mais acessível às solicitações possíveis.

Desde 2015 o Programa conta com a participação de alunos bolsistas de Terapia Ocupacional que estão em contato direto com os alunos com deficiência. Os processos avaliativos por exemplo têm sido acompanhados por esses alunos, bem como reuniões com docentes e outros atores do contexto acadêmico. Tal ação tem supervisão de um docente do Colegiado de Terapia Ocupacional além da coordenação do Programa Universidade, que também é composta por profissional de Terapia Ocupacional.

Os alunos que já passaram pela experiência referem que as práticas desenvolvidas representaram uma oportunidade de contato direto com o enfrentamento dos desafios impostos pela inclusão de pessoas com deficiência no ensino superior, bem como permitem o exercício de habilidades fundamentais para a vida profissional, especialmente aquelas ligadas à comunicação e o manejo dos processos acadêmicos singulares.

Considerações finais

O programa e a intervenção direta de terapeutas ocupacionais continuam ocorrendo e está constantemente em construção. Observa-se que toda a comunidade tem ganhos significativos com a discussão de formas inclusivas de aprendizagem. Observamos que os coordenadores e professores já compreendem o processo da inclusão como positivo no ensino aprendizagem de todos os alunos, apresentando menos resistência para ações pedagógicas inclusivas. Entre os alunos da Universidade ainda observamos resistências. A equipe de acompanhamento do programa por várias vezes é solicitada pelas coordenações para intervenções em sala de aula com os alunos, de forma a

explicitar as necessidades inclusivas, fato que indica o necessário investimento em ações que promovam a inclusão atitudinal

O programa faz uma avaliação constante das estratégias desenvolvidas e entende que ainda são necessárias ações que possam criar condições para uma maior divulgação da temática para a Comunidade. Na medida em que os alunos que são inclusos no programa só podem ser aqueles que se autodeclaram, observamos que a quantidade de alunos com deficiência na universidade é muito maior do que a acompanhada especificamente pelo programa.

Em relação à conexão teórica: Entende-se que as legislações brasileiras pressupõem o entendimento da acessibilidade; preservando direitos humanos e tentando ao máximo caracterizar as necessidades pelas condições da deficiência (diagnóstico). O programa analisado vislumbra uma política de funcionamento que permeia o conceito de aceitabilidade, proposto por Gonzalez (2014) no que se refere ao atendimento individualizado das necessidades não focando ações padronizadas por diagnóstico. Existe um contato aproximado com o aluno que possibilita observar e realizar as ações sob o olhar de quem sente/vive/vivencia a deficiência.

Terapeutas ocupacionais são profissionais sensíveis e habilitados a atuar na Inclusão no Ensino Superior. A formação profissional do Terapeuta ocupacional, deve instrumentalizar o profissional para lidar diretamente com a temática da juventude, deficiência e Ensino Superior. Felizmente na Universidade de Sorocaba há esse entendimento e reconhecimento desse profissional como gestor do programa e das ações institucionais de acessibilidade; o que não retira o constante desafio dessa prática profissional, que incentiva docentes e alunos a encontrarem criativas e inovadoras soluções para que a diferença não inviabilize o direito a aprendizagem.

Referências

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Documento orientador: **Programa Incluir-Acessibilidade na Educação Superior**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso: em 10 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria Normativa Nº 14, de 24 de abril de 2007**. Dispõe sobre a criação do “Programa Incluir: Acessibilidade na Educação Superior”. 2007. Disponível em: <http://www.prolei.inep.gov.br/exibir.do?jsessionid=19C74F2A68CF32077E4B110AF9B41219?URI=http%3A%2F%2Fwww.ufsm.br%2Fcpd%2Finep%2Fprolei%2FDocumento%2F2530167165261504513>. Acesso em: 23 jun. 2010.

GONZÁLEZ, A. O. **Los desafíos de la “inclusión” en la educación superior Latino Americana en el Siglo XXI**. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2375>. Acesso em: 10 dez. 2019.

NOGUEIRA, L. F. Z. **Educação superior e inclusão: trajetórias de estudantes universitários com deficiência e a intervenção da Terapia Ocupacional**. 2019. 173f. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCAr, Universidade Federal de São Carlos, 2019.

NOGUEIRA, L. F. Z. **Inclusão de deficientes no ensino superior: o trabalho docente frente ao processo de inclusão**. 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2010.

NOGUEIRA L. F. Z. *et al.* O que escrevemos sobre deficiência? análise da produção em revistas brasileiras de terapia ocupacional 2010-2016. *In: ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA*

OCUPACIONAL, 15., 2016, Vitória. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**- Suplemento Especial, São Carlos, v. 24, p. 295-299, 2016.

07

Vamos dar nome aos bois? Algumas considerações episte- mológicas sobre grupos e terapia ocupacional

Viviane Santalúcia Maximino

Solange Tedesco

O convite para escrever este capítulo mobilizou em mim diversos sentimentos. Gratidão pelo reconhecimento do trabalho conjunto na Universidade de Sorocaba, oportunidade de retomar mais uma vez um tema sobre o qual me debruço e com o qual me debato desde sempre em minha carreira e uma dúvida: o que mais eu teria a dizer? Valeria a pena ainda escrever sobre este tema sobre o qual penso e com o qual trabalho tanto?

Vários esboços, tentativas esparsas que se perdiam nos diversos arquivos que eu não conseguia reencontrar, sobressaltos de madrugada, ideias e dificuldades. Uma sensação de que seria difícil prosseguir sem ajuda. O convite a Solange Tedesco foi feito como uma possibilidade de ampliação daquilo que sou capaz de pensar e ao mesmo tempo interlocução, alguém com quem pensar. Alguém com quem fazer.

Iniciou-se uma conversa e, como em uma boa experiência grupal, compartilhamos nossas lembranças. A primeira memória comum nos remeteu, ainda na década de 80, ao Curso para Coordenação de Grupos do Instituto A CASA onde, graças a Osvaldo Saidon, e as bases dos Grupos Operativos de Pichon-Rivière, vivenciamos a formação de coordenadores e observadores de grupos para o trabalho com a psicose. Partimos desse ponto em comum: o interesse pelo estudo do grupo como espaço terapêutico, e da percepção de que este dispositivo é potente ferramenta de intervenção nos diversos campos da Terapia Ocupacional.

A partir daí localizamos outro ponto em comum: um desejo e uma necessidade de aprofundamento terminológico e considerações metodológicas sobre o que estamos chamando, especificamente de Grupo de terapia ocupacional.

Construímos este capítulo na seguinte configuração. Eu, Viviane Maximino como coordenadora, narradora e articuladora da experiência da produção e Solange Tedesco como observadora ativa e participante. Se, na estrutura do Grupo Operativo a função do coordenador é tornar a tarefa possível e a função do observador é a de manter a percepção global do processo, como terapeutas ocupacionais que somos, acrescentamos na dinâmica grupal nosso núcleo mais central, o Fazer, este sempre comum e compartilhado, possibilitando e exigindo uma circularidade nas funções de coordenação.

Diz Viviane, complementando: “a experiência que tenho tido nos últimos dez anos no LEPETS – Laboratório de Estudo e Pesquisa sobre o Trabalho em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Baixada Santista reforçou em mim a importância da interlocução. Neste grupo conversamos muito, com confiança e liberdade. Aprendemos, questionamos, produzimos. Chamar Solange na parceria indica a minha crença de que só é possível viver (de fato viver e não apenas sobreviver) com os outros e os grupos são “conjuntos de outros”. “Conjuntos de outros” que tomam uma forma momentânea, em função de algo, e logo “desformam-se” cada um indo criar outras composições. Então, o que é um grupo? Envelope ou rede? Um grupo é um novelo, um emaranhado de fios (QUIROGA [s.d.], mimeo). As diversas linhas se encontram naquele emaranhado e depois seguem para outros emaranhados. Se puxamos aqui, afetamos ali. Aberto e conectado, ao mesmo tempo. O grupo definido como um nó composto por diversas linhas que se cruzam, se emaranham e seguem.

Mas ainda assim, nesta forma instável, provisória, compõe um espaço-tempo onde podemos pousar, pertencer, estabelecer relações”.

Sim, o grupo pressupõe encontros, mas, como definiríamos um **Grupo de terapia ocupacional**?

Esta nomenclatura não tem sido utilizada consensualmente na literatura. Também não a encontramos usualmente nos serviços. Este capítulo tem, portanto, a intenção de fazer uma proposta pois, recuperarmos a nomenclatura significa também descrever, indicando características que discriminem este dispositivo de outros. Mas, vamos com calma.

Questões terminológicas

Ao buscarmos os termos grupo e terapia ocupacional nos bancos de dados de forma ampla, encontramos, por exemplo, autoras que tradicionalmente se dedicam ao estudo dos grupos, utilizando os nomes **Grupo de atividade** e **Grupo de atividades** (BRUNELLO, 2002; MAXIMINO, 1995; 1998; 2001; BALLARIN, 2003), **Grupo de terapia ocupacional** (MAXIMINO, 1990; BOCK *et al.*, 1998, LIMA, 2015; FERRARI, 2006, FERRARI, 2015) e **Grupos** (práticas grupais) **em Terapia Ocupacional** (MECCA; COSTA, 2015, MAXIMINO, LIBERMAN, 2015) e fazendo uma tentativa de teorização e sistematização destes dispositivos.

Outras produções trazem o trabalho de terapeutas ocupacionais em diferentes abordagens grupais como grupos de acolhimento, grupos terapêuticos ou psicoterápicos, educacionais ou psicoeducacionais, como também em grupos que utilizam atividade ou tarefa, compondo uma trama muito rica em experiências, mas pouco sistematizada na terminologia. Como exemplos, em Montezor (2013), Cirineu (2013) e Christovam (2017), encontramos grupos de reflexão, operativos, oficinas de desenho e de artes. Castro, Lima e Nigro, (2015) descrevendo práticas na interface arte/saúde/cultura, trazem uma produção em que o grupo é contexto e não necessariamente o foco de seus estudos, assim como Jurdi e Brunello (2015) que se dedicam a descrever e analisar recursos utilizados em grupos, como por exemplo, o uso do brincar em grupo como proposta de intervenção na clínica da Terapia Ocupacional.

Encontramos também grupos não específicos de terapia ocupacional, mas coordenados por terapeutas ocupacionais ou incluídos em serviços de Terapia Ocupacional. Em levantamento bibliográfico, Cunha e Santos (2009) indicam que estes grupos terapêuticos podem ser coordenados por este profissional, desde que o mesmo esteja habilitado para tanto. Podemos incluir aqui grupos de Terapia Comunitária, de aconselhamento, apoio, co-participação, e/ou terapia de famílias, assembléias em instituições etc. Dentre estes, os autores citados incluem uma modalidade Grupos de atividades, argumentando que estes são assim denominados porque nestes a atividade é usada como recurso terapêutico. No entanto, bastaria o uso da atividade para caracterizar um grupo como estratégia de terapia ocupacional? Afinal, o que estamos chamando de atividade ou Atividades em Terapia Ocupacional? Vamos com mais calma ainda.

Viviane comenta: “Pergunto-me por que deixei de usar o termo Grupo de terapia ocupacional após publicação de 1990. Penso que via terapeutas ocupacionais usando grupos de maneiras muito diversas e não queria deixar nenhuma de fora. Mas hoje percebo que o que estudei e apresentei no livro Grupos de atividade para pacientes psicóticos de 2001 era exatamente o Grupo de terapia ocupacional como pretendemos aqui discriminar”.

Pontuamos aqui uma primeira necessidade de discriminação: Grupos em Terapia Ocupacional, Grupo de atividade, Grupo de Atividades e Grupo de Terapia ocupacional.

Quando nos referimos aos **Grupos em Terapia Ocupacional** vemos que esta é uma designação genérica utilizada por terapeutas ocupacionais quando descrevem “grupos de tarefa” coordenados por eles. Propomos utilizar o termo Grupos em Terapia Ocupacional para todas as modalidades de grupo que possam estar sendo propostas e/ou coordenadas por terapeutas ocupacionais. A amplitude do campo profissional, para muito além do que possamos designar de nuclear (da profissão) permite e exige que atuemos nestas franjas, campos de intersecção interdisciplinar e interprofissional.

Por outro lado, o termo, **Grupo de atividade** também nos parece genérico, designando ampla diversidade de estratégias. O conceito de atividade aqui utilizado é bastante abrangente, indo desde o uso leigo de atividade como ação intencional até a sofisticação deste conceito na educação e arte

educação, por exemplo (MOREIRA; PEDROSA; PONTELO, 2011). Estes grupos podem ser coordenados por qualquer profissional habilitado, e têm propostas que engajam o grupo todo ou em um mesmo projeto ou em tarefas que podem ser executadas individualmente, podendo ter tempo definido de duração ou não etc. Este termo designa qualquer contexto grupal onde se “fazem coisas” e o foco é este: “fazer coisas”. Propomos que terapeutas ocupacionais não denominem estes grupos com o nome **Grupo de atividade**, mas sim os nomeiem a partir de suas finalidades ou critérios de inclusão/exclusão, por exemplo: grupo de culinária, teatro, de crianças, mulheres, trabalhadores, idosos, etc., e esperamos que, ao longo do capítulo, esta sugestão seja compreendida.

Já com relação ao **Grupo de Atividades** entendemos que este termo está sendo utilizado, muitas vezes para designar o que aqui chamaremos de **Grupo de terapia ocupacional**, terminologia escolhida por nós para descrever a estrutura e as dinâmicas que definem o Grupo de terapia ocupacional como estratégia clínica, indicado especialmente para determinada população alvo da Terapia Ocupacional. Esta modalidade é uma ferramenta específica dentro do grande arsenal da Terapia Ocupacional.

Por enquanto poderíamos dizer que um **Grupo de terapia ocupacional** é uma estratégia clínica da Terapia Ocupacional que pode ser definida como um conjunto de pessoas designadas como população-alvo que compõem um campo onde diferentes dinâmicas são manejadas por um terapeuta ocupacional buscando uma experiência individual, compartilhada e colaborativa, sendo que a co-participação e a constituição destas dinâmicas constroem e possibilitam que vivências possam se tornar experiências criando um plano de consistência ou sustentação.

Importante assinalar que o fato do coordenador ser um terapeuta ocupacional não determina que tipo de dinâmica está sendo utilizada. Isto é, o que define esta estratégia não é a população, nem o uso de materiais ou a presença de um terapeuta ocupacional, mas sim, a utilização de um conjunto de técnicas e manejos num campo tridimensional onde materiais estão a serviço da experiência compartilhada, construída pelo terapeuta numa atitude ativa de sustentação e mutualidade, para ser experienciada no campo relacional pelos sujeitos alvos, portanto, apenas o terapeuta poderá indicar se e quando

utiliza estratégias especializadas do que estamos chamando aqui de clínica da terapia ocupacional, em um Grupo em Terapia Ocupacional ou em um Grupo de atividade.

Para descrevermos esta ferramenta, vemos a necessidade de diferenciação entre os termos atividade e Atividades, proposto por Benetton (*apud* MARCOLINO; FANTINATI, 2014; BENETTON; MARCOLINO, 2013) e discutido por nós. Também será necessário definirmos quem é a população geral e população alvo da Terapia Ocupacional (TEDESCO, 2013) e a estratégia clínica Grupo de terapia ocupacional, a sua estrutura e dinâmica de funcionamento.

Atividades e atividade

O termo Atividades é aqui definido como as dinâmicas que se articulam no manejo do terapeuta na relação com o sujeito alvo acompanhado pelo uso de materiais e seus ritmos e pelo uso de recursos e suas estratégias. Vamos nomear esse campo complexo de campo relacional, seja construído para o atendimento individual ou grupal. Atividades em terapia ocupacional pressupõe um fazer que está absolutamente entrelaçado `a relação com o terapeuta e, no nosso caso, com `as relações estabelecidas entre os participantes do grupo e com o grupo.

Já o termo atividade, como indicado acima, será usado em seu sentido leigo de ação intencional. Chamaremos atividade, o uso de material e/ou técnica para realização de qualquer projeto. Apenas na definição de atividade cabem as classificações tais como estruturada, artística, expressiva, de vida diária, de vida prática, humana, etc.

População geral e população alvo na Terapia Ocupacional

Um dos pontos que temos trabalhado conjuntamente, diz respeito à especificidade de um fenômeno, uma problemática, para definirmos a população alvo da terapia ocupacional para os procedimentos especializados de sua clínica. A população que traz uma problemática física, sensorial, emocional,

psicológica, social, política etc. é compreendida aqui como uma população geral que pode se beneficiar com inúmeras abordagens e estruturas psicossociais ofertadas também por terapeutas ocupacionais. No entanto, aos problemas que incidem nesta população geral, podem se somar “uma delicadeza” e imobilidade na experiência que subjetiva um “não ser”, um “não estar”, um “não poder” que caracteriza um fenômeno nuclear, uma população alvo. Não estamos falando simplesmente de processos disruptivos que fazem parte das experiências! Estamos falando de uma supressão do próprio processo de continuidade de vida e processo de experiência, nesse caso, a ruptura não é uma parte de uma história de vida, comum a todos, mas é vivenciada como um atravessamento da própria história e coloca o sujeito em tempo de espera ou de afastamento do seu tempo e de sua experiência. Aqui falamos de uma ruptura da inscrição e identidade pessoal e social da “consciência do viver” e do “continuar a ser”. Rolnik (1995), por exemplo, refere-se a vivências de ruptura e desintegração das formas constituídas, a vivência de uma diferença desidentificadora que separa os sujeitos de si mesmos ou da imagem que têm de si”, Lima (1997), fala de situação onde há “bloqueio de novos acontecimentos” e/ou de “acontecimentos inconclusos”

Esta situação pode ser percebida pelo sujeito alvo da intervenção ou, o que é muito frequente, por aqueles que convivem com ele. A problemática, aqui chamada também de esvaziamento, que pode ter sido ocasionado por diversos motivos (doença, vulnerabilidade social etc., geralmente combinadas), sendo que sua repercussão/impacto no dia-a-dia do sujeito e a consequente exclusão social, causam uma dificuldade ou até uma impossibilidade de participação nos grupos.

Estrutura e dinâmica de funcionamento dos Grupos de terapia ocupacional

Em relação a estrutura podemos dizer que não há uma prescrição. A dinâmica relacional em terapia ocupacional não pode ser preestabelecida em função do número de participantes, frequência, duração do encontro, nem espaço físico. Estes componentes devem estar em função da possibilidade de construção de uma malha relacional delicada entre os participantes que

mantenha a presença mesmo na ausência. A representação interna de grupo, o contrato terapêutico, as regras do setting e a circularidade de papéis são construídas no processo e esta construção tem efeitos clínicos.

Estas dinâmicas relacionais não separam o que é vivido em relação ao corpo, as produções e as possibilidades de “ser outros”. Não tem a pretensão de estabelecer um lugar ou um papel fixo. É o lúdico no sentido de acontecer no espaço intermediário, na criação e experimentação com materiais, ritmos, técnicas, lugares, pessoas e linguagens criando possibilidades de associação, histórias e testemunho. As dinâmicas nascem no processo e vão se expandindo, ligando-se a outros pontos, ou alcançando outros espaços/ tempos.

Já é bastante clássica a definição feita por Benetton (1991; 1994; 2006) de duas dinâmicas relacionadas ao uso de atividades. Esta autora diz que:

[...] em relação ao uso das atividades podemos encontrar duas modalidades para definir dois tipos de dinâmicas, que estão ligadas à realização de atividade. A primeira é denominada de ‘Grupo de Atividades’, onde cada cliente faz sua atividade e mantém com o terapeuta uma relação individual. A segunda é denominada de ‘Grupo de Atividade Grupal’, caracterizada pela realização em conjunto de uma única atividade, onde o terapeuta mantém o grupo na relação de trabalho conjunto.

Em publicação de 2001, comparamos estas dinâmicas as que Mosey descreve quando identifica os estágios de desenvolvimento dos grupos (MAXIMINO, 2001). Correlacionamos os Grupos de atividade de Benetton com o que Mosey denomina grupos paralelos e os Grupos de atividade grupal com os denominados grupos de projeto. Na época ressaltamos que Mosey sistematiza fases do trabalho grupal, em uma direção evolutiva na qual os grupos mais primários seriam os grupos paralelos, pois nestes cada participante estabeleceria uma relação direta e individual com a terapeuta e os grupos mais “evoluídos” seriam aqueles autônomos, nos quais a terapeuta seria quase dispensável. Parece-nos que a definição de Benetton está voltada às maneiras como o grupo se organiza para fazer as atividades enquanto a de Mosey refere-se às maneiras que o grupo se relaciona com a terapeuta.

As dinâmicas de funcionamento devem incluir mais do que utilização de materiais e técnicas de realização de atividades e/ou as posições que o terapeuta pode assumir na relação com os indivíduos ou com o grupo. Estas podem ser definidas como tudo aquilo que possibilita a criação e a sustentação de um campo relacional de mutualidade e co-participação para a oferta de vivências e experiências. Para tanto, deve ser flexível em termos de contrato, acolher as dificuldades e diferenças, permitir a formação de subgrupos, a simultaneidade temática, de interesses e recursos. O espaço-tempo do grupo deve se organizar em função da dinâmica de Atividades e pelos contextos.

Grupo como quarto termo?

O quarto termo, como definido pelo Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTDO) é "... grupos ou pessoa(s) que podem compor com os três elementos da relação triádica, ampliando as ofertas relacionais e de experimentações no social". Para Benetton (2006), o quarto termo circula pelo que é aberto no setting da Terapia Ocupacional - como familiares, amigos, professores, patrões, membros da equipe terapêutica, como também, cada membro do grupo podendo ser utilizado como quarto termo para outros membros - e se define por caracterizar o social ou a ampliação relacional. Benetton inclui o grupo nesta definição de quarto termo nas ações do MTOD.

Essa proposta coloca o quarto termo, grupo, como pessoas que não constituem diretamente o campo relacional triádico, que não é compreendido como dinâmica grupal, mas, talvez, como uma ressonância para cada relação terapeuta-sujeito-atividades muito próximo da constituição psíquica triangular. A questão que colocamos aqui: o grupo agiria como intercessor na relação paciente-terapeuta-Atividades? Ou seria possível pensar o grupo na dinâmica de uma relação triádica grupo-terapeuta-Atividades? Há aqui uma complicação epistemológica, pois, esta última proposição considera o grupo como uma unidade diferente dos seus membros (o grupo é mais do que a soma de seus componentes). No entanto, sabemos que o grupo é uma abstração (BARROS, 2013). Pode existir como objeto apenas na ilusão grupal. Sabemos também que as relações que se estabelecem no grupo são entre os sujeitos incluindo o terapeuta e com os materiais e ações. Diversas relações que se cruzam, afetando-se mutuamente.

Da primeira vez que Aurora veio para o grupo de terapia ocupacional estava muito desorganizada, mal cuidada, começou a andar pela sala, mexer nos materiais com movimentos desconexos, sem se fixar em nenhum dos que estavam dispostos pela mesa, evitando contato com qualquer pessoa no grupo. A primeira estratégia pensada e utilizada pela terapeuta foi a da construção de um lugar de possibilidades para cada um dos participantes que estavam em diferentes fases do seu processo de adoecimento. Nesse momento, utilizar técnicas de realização de atividade e uso de materiais muito conhecidos pelo terapeuta possibilita que a técnica assegure um ambiente com ritmos sequenciais liberando a atenção do terapeuta para como cada participante se relaciona com esses materiais, projetos, com o terapeuta e com os outros. Aurora, depois de circular pela sala, senta-se em uma cadeira com o olhar fixo num novelo de lã. A terapeuta pega esse novelo, separando uma ponta solta e num código silencioso, inicia um gesto, cultural, coletivo de oferecer duas mãos em paralelo para traçar os fios. As mãos da terapeuta e as mãos de Aurora tecem o novelo entre elas formando uma nova forma que acaba circulando entre todos em torno da mesa. Histórias são contadas, lembranças e risos começam a formar o que chamamos de Atividades. Aurora diz que sabe fazer tricô. O grupo termina com uma proposta, Aurora pode ensinar.

Referências

- BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em terapia ocupacional. In: MAGALHÃES, L. V.; PÁDUA, E. M. M. (org.) **Terapia ocupacional: teoria e prática**. Campinas: Papirus, 2003. p. 63-78.
- BARROS, R. B. **Grupo, afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- BENETTON, J. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose**. São Paulo: Lemos Editorial, 1991.

BENETTON, M. J. **Trilhas associativas**: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional. 3. ed. Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO- Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

BENETTON, J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental**. Tese (Doutorado) - UNICAMP, Campinas, 1994.

BENETTON, M. J.; MARCOLINO T. Q. As atividades no método Terapia Ocupacional Dinâmica, **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013.

BOCK, V. et al. Grupo de terapia ocupacional, espaço de construção de fatos, vivências e história. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 32-6, jan./abr., 1998.

BRUNELLO, M. I. B. Terapia ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividade. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 9-14, jan./abr. 2002.

CASTRO, E.D.; LIMA, L.J.C.; NIGRO, G.M. Convivência, trabalho em grupo, formatividade e práticas territoriais na interface arte-saúde-clínica. *In*: MAXIMINO, V. S; LIBERMAN, L. (org.) **Grupos e Terapia Ocupacional**: formação, pesquisa e ações, São Paulo: Summus, 2015.

CHRISTOVAM, D. **O uso de atividades potencializando os encontros grupais na clínica da terapia ocupacional**. 2017. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

CIRINEU, C. T. *et al.* Contribuição de grupos de atividades de terapia ocupacional na evolução de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária usuárias de clozapina. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2013.

CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. **Cad. Ter. Ocup. da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n.2, p 133-146, jul-dez. 2009.

FERRARI, S. M. L. Terapia ocupacional, a clínica em uma instituição de saúde mental. **Cadernos de terapia ocupacional**, São Carlos, v. 14, n. 2, 2006.

FERRARI, S. M. L. Grupos de terapia ocupacional em saúde mental: novas reflexões. *In*: MAXIMINO, V. S.; LIBERMAN, F. (org.). **Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus Editorial, 2015.

JURDI, A. P. S.; BRUNELLO, M. I. B. Brincar em grupo, uma proposta de intervenção na clínica da terapia ocupacional com crianças. *In*: MAXIMINO, V. S.; LIBERMAN, F. (org.). **Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus, 2015.

LIMA, E. M. F. A. **Clínica e criação**: a utilização de atividades em instituições de saúde mental. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

LIMA, E. M. F. A. Um grupo de terapia ocupacional: tecendo vínculos, criando mundos. *In*: MAXIMINO, V. S.; LIBERMAN, F. (org.). **Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus, 2015.

MARCOLINO T. Q.; FANTINATTI E. N. A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 142-50, 2014.

MAXIMINO, V. S. O atendimento em grupos de terapia ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 1, n. 2, 1990.

MAXIMINO, V. S. A constituição de grupos de atividade com pacientes graves. **Rev. do CETO**, São Paulo, n. 1, 1995.

MAXIMINO, V. S. A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades - ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 23-32, 1998.

MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividade com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: UNIVAP, 2001.

MAXIMINO, V. S.; LIBERMAN, F. (org.). **Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus, 2015.

MECCA, R. C; COSTA, M .C. Agenciamentos entre atividades, sujeitos e grupos em terapia ocupacional. *In*: MAXIMINO, V. S; LIBERMAN, L. (org.) **Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações**, São Paulo: Summus, 2015.

MONTREZOR, J. B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013.

MOREIRA, A. F.; PEDROSA, L. G.; PONTELO, Ivan. O conceito de atividade e suas possibilidades na interpretação de práticas educativas. **Ens. Pesqui. Educ. Ciênc**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 13-29, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epec/v13n3/1983-2117-e-pec-13-03-00013.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

ROLNIK, S. **O mal-estar na diferença**. Publicado na França, in Chimères no 25. Association Chimères, Paris, outono 1995. Versão ligeiramente modificada do ensaio publicado no Anuário Brasileiro de Psicanálise. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1995
Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf>. Acesso em: 28 jan.2019.

TEDESCO, S. **Ações de Terapia Ocupacional (TO) em Saúde Mental no contexto de um serviço de interconsulta psiquiátrica em hospital geral**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

08

A pesquisa no curso de Terapia Ocupacional da UNISO: considerações acerca do uso terapêutico da atividade no contexto da infância

Cíntia de Menezes Fernandes Bernal

[...] O profissional de Terapia Ocupacional necessita do domínio de conhecimentos relativos à atividade humana e ao homem, este enquanto sujeito social, histórico e cultural. Os saberes necessários ao exercício da Terapia Ocupacional e o estreito contato que o terapeuta estabelece com seus interlocutores (pacientes, familiares, cuidadores, outros profissionais) exigem deste profissional um perfil que mostre o gosto pelo contato humano e a possibilidade de assumir a perspectiva do outro. Além disso, ser terapeuta ocupacional exige um contato direto com o fazer humano nas suas diferentes formas de realização e expressão (UNISO. Projeto Pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional, 2020).

Introdução

O curso de Terapia Ocupacional da UNISO completou 22 anos! Em comemoração à essa data tão importante, fui chamada para escrever um texto sobre a pesquisa no curso. De pronto pensei... logo eu? A memória das práticas extensionistas e dos anos na gestão me tomaram a atenção, mas, em pouco tempo, a orientação de muitos trabalhos de conclusão de curso e o envolvimento de muitos anos com os componentes curriculares ligados à pesquisa me indicaram o caminho.

Fizemos muita pesquisa nesses anos todos. Fomos muito a campo dar escuta aos terapeutas ocupacionais que já estavam em Sorocaba quando começamos a formar novos profissionais. Demos voz a outros tantos que estiveram conosco na graduação e hoje nos ajudam a tornar mais forte a nossa profissão. Fizemos muitas perguntas, coletamos muitas imagens, descobrimos novos saberes e descortinamos outras tantas dúvidas. E foi por tudo isso que eu aceitei o desafio para construir este trabalho.

É sobre esse material que trata este texto. Compilados aqui estão alguns resultados das pesquisas sobre a atividade e os recursos terapêuticos utilizados com crianças no contexto da Terapia Ocupacional. Para tanto, foi realizada uma revisão sobre o uso terapêutico da atividade como ponto de convergência da profissão, considerando o brincar como ação privilegiada no âmbito do desempenho ocupacional das crianças. A obtenção de dados para este texto contou com uma análise dos trabalhos de conclusão de curso desenvolvidos durante os vinte anos do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Sorocaba – UNISO, que contaram com a minha participação como orientadora ou co-orientadora.

Foram selecionados 36 volumes dos trabalhos de conclusão de curso já aprovados, a partir do conteúdo expresso no título, no resumo e no conjunto de palavras-chave que incluíssem: atividade, recursos terapêuticos, desenvolvimento, brincar, brinquedos, brincadeiras. Desse montante, 19 trabalhos de conclusão de curso foram incluídos para a elaboração do texto, já que faziam referência à temática proposta. A próxima etapa do estudo contou com a releitura e organização dos dados, com a finalidade de trazer respostas à pergunta inicial elaborada: o que falam os trabalhos de conclusão

de curso que buscaram compreender as atividades e os recursos terapêuticos utilizados com crianças no contexto da Terapia Ocupacional nesses vinte anos do curso?

Em posse dos dados obtidos a partir da leitura de todo material, foram construídas categorias de análise para tratamento dos dados. Essas categorias agruparam os saberes sobre o desenvolvimento na infância; a atenção da Terapia Ocupacional dedicada às crianças; o uso da atividade pela Terapia Ocupacional; e o brincar como recurso privilegiado da Terapia Ocupacional.

A análise desse conteúdo deu origem aos eixos temáticos que compõem o texto. O primeiro deles, traz algumas notas sobre o desenvolvimento infantil e a integração sensório motora. O segundo, fala da atenção terapêutica no início da vida. A seguir, o terceiro eixo discute as bases essenciais da Terapia Ocupacional. O raciocínio clínico e o manejo dos recursos terapêuticos encerram as discussões e é seguido das considerações finais, que apontam a capacidade do terapeuta ocupacional em tornar terapêutico o brincar, a partir do raciocínio clínico.

Notas sobre o desenvolvimento infantil e a integração sensório motora

Dentre as correntes epistemológicas que explicam o desenvolvimento humano, a perspectiva interacionista é a que predomina nos componentes curriculares ligados à infância no curso de Terapia Ocupacional da UNISO. Também é o interacionismo que aparece nas pesquisas realizadas no curso, com foco na infância. Nessa linha de pensamento é reconhecido que a combinação das forças da herança biológica e daquelas que se encontram nas condições do ambiente, somadas ao resultado da interação de ambas, constituem a base para o desenvolvimento.

O alicerce da intervenção da Terapia Ocupacional com crianças, na perspectiva das teorias que tratam do desenvolvimento infantil, encontra forte consonância com as teses dessa perspectiva teórica. Os autores que a representam, em especial Piaget e Vygotsky, nos oferecem bases teóricas que valorizam a criança como um ser ativo no processo de desenvolvimento e reconhecem o valor dos determinantes ambientais na sua trajetória evolutiva.

Essas premissas reforçam a importância de se buscar na pesquisa realizada na graduação a reflexão e o pensamento crítico a respeito das teorias que sustentam a profissão, no seu modo de conduzir a intervenção, bem como na contextualização do processo terapêutico frente às condições contemporâneas que se impõem para o humano.

Como profissionais da saúde em permanente diálogo com o campo social, interessa muito aos terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças refletir sobre as circunstâncias objetivas de vida e reconhecê-las como imperativas no que se refere aos avanços e conquistas no desenvolvimento da nossa clientela.

O interacionismo nos alimenta com suas premissas teóricas, sustentando a interface da Terapia Ocupacional com as esferas sociais, nos diferentes campos de atuação da profissão, já que a ideia que se destaca é que passamos a ser nós mesmos através dos outros.

Desde cedo, o ser humano está submetido às forças do ambiente, que podem favorecer ou prejudicar o curso do desenvolvimento. A criança em desenvolvimento é um ser único, que se constitui a partir dessa interação, através das relações mútuas entre o organismo e o meio, interação que pode ser considerada determinante da descoberta de si mesmo, da construção do conhecimento e da constituição da sua personalidade.

O nascimento pode ser comparado a uma plataforma que lança o bebê para suas conquistas. Guardadas as diferenças individuais, a criança apresenta, desde o nascimento, um potencial maturacional de desenvolvimento, ou seja, o substrato orgânico. Mas esse potencial de desenvolvimento também é determinado, em grande parte, pelas trocas interpessoais, pelas experiências sensorio-motoras e pelas experiências vividas no ambiente no qual a criança está inserida.

As transformações qualitativas que marcam o desenvolvimento desde o início da vida estão no plano da participação ativa da criança no ambiente. Construído a partir da vivência cotidiana de relações afetivas cuidadosas e experiências desafiadoras, um ambiente facilitador é aquele que oferece as condições favoráveis que potencializam a ação da criança no meio.

Essa concepção dialógica sobre o desenvolvimento infantil reconhece que existem períodos maturacionais considerados mais sensíveis à determinadas

experiências, na forma de período críticos nos quais essas experiências exercem uma influência mais duradoura no contexto das conquistas da criança.

Portanto, as experiências da criança têm uma função crucial na organização das conexões no cérebro. As oportunidades apropriadas para o desenvolvimento influenciam, interferem e modificam as condições evolutivas, otimizando o curso típico das conquistas neuropsicomotoras, prevenindo agravos ou reduzindo características atípicas.

A oferta de estimulação apropriada pelo ambiente é fundamental para minimizar os déficits ou desvios do desenvolvimento. Da mesma maneira, a inadequação e/ou carência de estímulos pode acarretar a redução no ritmo do desenvolvimento infantil ou ainda uma progressão marcada por lacunas em um ou mais eixos desse processo.

Levando em conta a capacidade do sistema nervoso em estabelecer conexões neuronais a partir das diferentes solicitações do meio externo ou mesmo do próprio organismo, cabe a essas conexões configurar o que somos, nossa funcionalidade, nossa capacidade adaptativa, nossa personalidade e o modo de agir no mundo.

Denominada plasticidade neuronal, a formação de novas conexões neuronais, bem como o crescimento das células nervosas, são processos muito rápidos no início da vida, ao que se denomina período crítico. Nesse período, o sistema nervoso central é mais suscetível a transformações causadas pelo ambiente externo, o que justifica cientificamente a importância da atenção multidisciplinar em saúde e a oferta de oportunidades significativas para os bebês e crianças pequenas, que apresentem risco para o desenvolvimento, ou ainda o diagnóstico estabelecido.

O cuidado terapêutico visa favorecer experiências que promovam a aquisição de habilidades funcionais apropriadas para a idade, num período em que se pode contar com a máxima plasticidade neuronal. Por essa razão, a ênfase na recomendação da atenção terapêutica nas fases iniciais da vida.

Nessa perspectiva, é fundamental para o terapeuta ocupacional que trabalha com crianças a apropriação de um profundo conhecimento sobre o desenvolvimento típico, considerando sempre o contexto no qual elas se inserem, dada a força dos determinantes ambientais na constituição do desenvolvimento infantil.

Esse conhecimento deve nortear as ações terapêuticas nos diferentes níveis, seja na perspectiva da promoção do desenvolvimento ou no enfrentamento de situações que denotem patologia, ajudando as crianças e suas famílias na construção de saberes e soluções para ampliar o repertório do desempenho ocupacional infantil.

Para o terapeuta ocupacional, essa é a principal ferramenta quando se trata da atenção clínica no contexto da infância, pois confere a estrutura necessária para se realizar uma avaliação que detecte de modo eficiente as possíveis alterações e defasagens nas diferentes áreas do desenvolvimento. Essa é a condição de excelência para o planejamento da intervenção que proporcione o enfrentamento das necessidades individuais das crianças envolvidas.

No começo da vida, os padrões do desenvolvimento são mais previsíveis do que na idade adulta e isso pode ser considerado ponto favorável à identificação de atrasos e/ou desvios no desenvolvimento neuropsicomotor. Ainda que se considere as diferenças individuais, as crianças apresentam características muito semelhantes e relativamente estáveis, em especial quando se trata dos primeiros meses de vida.

É esperado que as crianças adquiriam autonomia nas etapas de desenvolvimento de cada fase do ciclo de vida, pois a organização neurofisiológica mostra desde cedo seu papel. Os marcadores evolutivos típicos precisam ser considerados centrais na avaliação do desenvolvimento, uma vez que é necessário identificar a tênue linha divisória que separa os padrões individuais e os indicadores atípicos que denotam condições patológicas nessa etapa do ciclo de vida.

Na dinâmica do raciocínio clínico, conhecer a complexa rede que configura as conquistas sensório-motoras no início da vida, garante ao terapeuta ocupacional reconhecer as diferenças individuais sem minimizar a ocorrência de lacunas ou indícios atípicos no processo de desenvolvimento. Afinal, não se pode colocar em risco a identificação de condições que podem configurar patologia, comprometendo definitivamente a vida da criança.

Dessa forma, quando se trata de casos nos quais riscos e/ou agravos afetam o desenvolvimento, o profissional precisa estar munido do conhecimento de detalhes que, à primeira vista, poderiam parecer menos importantes. Ainda que, na dinâmica do seu raciocínio clínico, possa analisar cada criança como única, cujo desenvolvimento decorre de forças complexas e variáveis.

Essa rede repleta de detalhes que marca o desenvolvimento infantil é expressa na indissociabilidade entre as diferentes áreas que integram o processo evolutivo, de forma que a análise dessas áreas em separado é somente uma abstração, pois o desenvolvimento consiste numa unidade indivisível, o que nos leva a reafirmar que a intervenção na infância deve sustentar-se na premissa da integração dos diferentes eixos do desenvolvimento. Isso significa que a análise das aquisições neuropsicomotoras do início da vida precisa considerar diferentes expressões, além das condutas motoras de base. Por esse motivo, o terapeuta ocupacional deve reforçar a observação de outras funções para a identificação de possíveis desvios, a exemplo da comunicação e das habilidades visuais e auditivas.

Na infância, esse processo terapêutico ocupacional marcado pelo uso de atividades, precisa ser contextualizado com o status de desenvolvimento das crianças, o que exige a profunda apropriação teórica acerca do desenvolvimento infantil nas etapas do ciclo de vida. Requer também o conhecimento sobre as diferentes patologias que comprometem o desenvolvimento e sobre o potencial das atividades. Esses são os pilares da atenção da profissão no contexto geral da infância.

Os primeiros anos de vida representam um tempo privilegiado para a vivência, organização e apropriação das habilidades sensoriais, perceptivas e motoras que, indissociadas, constituem o núcleo central da personalidade e ponto de partida para a conquista de comportamentos funcionais. Como exemplo, podem ser lembrados os domínios da motricidade manual, função que alavanca oportunidades para a criança ampliar as conquistas cognitivas e sociais.

No que se refere à motricidade, o desenvolvimento dos membros superiores e de sua funcionalidade, no contexto das habilidades sensório-motoras, assume um papel de destaque nos processos evolutivos e na atuação da Terapia Ocupacional. A mão, antes mesmo da aquisição preênsil, permite à criança construir o contato direto com o mundo das pessoas e objetos, permitindo a apropriação de experiências sensoriais.

A participação da mão e dos membros superiores, como um conjunto funcional, nas conquistas evolutivas é bem mais ampla, de modo integrado a uma série de condutas sensório-motoras de base desde o nascimento, a exemplo

dos apoios e tomada de peso nas diferentes posturas, das habilidades de tração para as mudanças posturais, das vivências anti-gravitacionais com o corpo, bem como da função de proteção, no caso das falhas de equilíbrio. Toda essa capacidade mais geral do uso dos membros superiores está interligada ao uso das mãos como órgão preênsil, capaz de realizar um conjunto de habilidades que colocam o bebê em contato com o mundo dos objetos e das pessoas, golpeando, apreendendo, batendo, explorando, deixando cair e soltando.

Perto do final do primeiro ano de vida, a capacidade de realizar a preensão com o movimento de pinça marca o acesso à padrões de exploração cada vez mais refinados. Nesse período, o bebê que experimentou relações interpessoais facilitadoras pode entregar o objeto solicitado sem retorná-lo para si mesmo, o que configura uma das mais belas mostras da interação recíproca.

O desenvolvimento típico da função das mãos contribui para o bebê ampliar as conquistas motoras e cognitivas de acordo com a sequência maturacional prevista no desenvolvimento infantil, o que lhe permite ir além de conhecê-las e utilizá-las apropriadamente, mas relacionar-se com o meio e explorá-lo.

Na infância, o uso das mãos e a capacidade de explorar a si mesmo e o ambiente, são funções adquiridas de modo integrado, ou seja, o bebê busca apreender e conhecer aquilo que vê, que produz som ou movimento, que lhe traga prazer e satisfação.

Por isso, para o terapeuta ocupacional, o planejamento e a implementação de ações facilitadoras da função manual e das diferentes habilidades que a constituem, é parte integrante do raciocínio clínico

É papel do terapeuta ocupacional identificar as necessidades da criança e proporcionar condições favoráveis para que o bebê descubra suas mãos, se aproprie de suas funções e as integre no seu esquema corporal, desenvolvendo habilidades para a manutenção da postura e para a execução dos movimentos, numa coordenação de ações funcionais que possam sustentar sua autonomia e independência nas atividades do cotidiano.

A atenção privilegiada do profissional da Terapia Ocupacional dedicada aos processos funcionais da mão decorre da importância da função manual para o desenvolvimento de outras áreas e, principalmente, porque a função das mãos é uma marca do caráter ativo do bebê no seu contexto ocupacional.

Por essa razão, o terapeuta ocupacional está tão voltado para o desenvolvimento das capacidades manuais desde o começo da vida, sempre contextualizando-as com o processo geral do desenvolvimento.

Outro ponto a ser destacado, quando se trata das conquistas típicas do começo da vida, refere-se à aquisição

das funções cognitivas. O processo do desenvolvimento da capacidade senso-perceptiva, que pode ser considerado o alicerce dessas aquisições, tem como substrato as vias sensoriais que levam as informações do ambiente, captadas pelos órgãos dos sentidos, para serem processadas no sistema nervoso central.

As experiências obtidas pelos órgãos do sentido dependem, inicialmente, das vivências mediadas pela mãe e pelas demais figuras de cuidado, que devem responder às necessidades da criança e estimular o seu envolvimento ativo com o brincar.

Pouco a pouco, a conquista de ações motoras voluntárias coloca o bebê cada vez mais na condição de agente na obtenção dessas experiências, a partir da interação intencional com os elementos e situações que compõem o ambiente.

O bebê com prejuízos no desenvolvimento pode, desde muito cedo, demonstrar fragilidade no interesse pelo ambiente e na exploração do mesmo. Olhar quando é chamado, alcançar o brinquedo, movimentar-se para aproximar-se de alguém, são ações intencionais que podem estar comprometidas, evidenciando déficits nas funções sensório-motoras de base.

A indissociabilidade entre a capacidade senso-perceptiva e a função motora é inquestionável e pode ser desafiador delimitar o déficit primário. O déficit senso-perceptivo afeta a função motora que por sua vez afeta a capacidade senso-perceptiva, configurando um cenário que desfavorece a constituição de ações exploratórias intencionais. Quando o desenvolvimento da capacidade perceptiva e a aprendizagem dos conceitos perceptivos básicos ficam comprometidos prejudicam, diretamente, a aquisição das funções cognitivas.

O sentir e o perceber os estímulos do ambiente dependem da harmonia entre a motricidade e a percepções vindas das vias sensoriais. É através de movimentos coordenados que as ações produzidas pelo ato motor possibilitam o aprendizado de conteúdos cognitivos. O controle motor prejudicando influencia a chegada e o processamento das informações sensoriais. As

disfunções na obtenção de informações pelas vias senso-perceptivas podem significar menos conhecimento sobre o mundo.

A atenção terapêutica no início da vida

Na fase inicial do ciclo de vida, o acompanhamento terapêutico ocupacional busca oferecer oportunidades para a integração dos diferentes eixos do desenvolvimento, favorecendo as aquisições sensório motoras típicas desse período.

Desde o nascimento, o brincar espontâneo supõe a integração das diferentes vias sensoriais e das funções motoras. Brincando, os bebês passam a conhecer a si mesmos e a obter informações a respeito de pessoas e objetos. Dessa forma, o brincar é reconhecido como a atividade terapêutica de excelência no trato com bebês.

É a partir do brincar que a intervenção ganha vida e sentido na relação com as necessidades clínicas e de desenvolvimento, já que a via para a conquista de padrões mais elaborados de desenvolvimento passa pela ação sensório-motora da criança no contexto do brincar.

O processo terapêutico ocupacional desenvolvido com recém nascidos, assim como nas demais etapas do ciclo de vida, deve estender-se ao ambiente e às condições da rotina diária, com ênfase no posicionamento e manejo do bebê, na oferta de experiências significativas nas diversas modalidades sensoriais, nos recursos de mobiliário e do brincar, na forma de orientação de brinquedos e brincadeiras. Essas demandas do raciocínio clínico devem ser incorporadas à rotina de cuidados nas atividades de vida diária dos bebês.

A intervenção terapêutica precoce, junto aos bebês que apresentam alguma vulnerabilidade no processo de desenvolvimento, pode representar a possibilidade do diagnóstico ou da identificação de riscos para as aquisições maturacionais, típicas do início da vida.

Essa realidade exige a organização de programas de intervenção multidisciplinares, que visam acompanhar o curso do desenvolvimento, favorecendo oportunidades adequadas para a aquisição de condutas sensório-motoras e identificar possíveis comportamentos atípicos.

São as primeiras experiências sensório-motoras, sustentadas pelas interações afetivas, que reconhecidamente sustentam as bases da construção da identidade ocupacional do humano. Por isso, a implementação de ações voltadas para o enfrentamento dessas demandas deve ocorrer nos primeiros meses após o nascimento, pois nessa fase o cérebro humano apresenta maior plasticidade, respondendo melhor ao tratamento instituído precocemente. Nessa modalidade de atenção, as trocas multidisciplinares merecem destaque, pois as bases do desenvolvimento são ainda pouco diferenciadas, ainda que possuam uma complexa organização neurofisiológica.

Um programa multidisciplinar de acompanhamento do desenvolvimento cumpre um papel importantíssimo no contexto da saúde, pois quanto mais cedo forem identificadas as vulnerabilidades nos processos sensório-motores, o atraso neuropsicomotor e os padrões atípicos, melhor será o prognóstico da reabilitação.

O terapeuta ocupacional que atua nos programas de acompanhamento e/ou de intervenção precoce deve acompanhar o desenvolvimento, mantendo atenção para a identificação de padrões patológicos e, principalmente favorecendo a ampliação das capacidades desses bebês e dedicando atenção à família.

Lembrando que, nos primeiros anos de vida da criança, o cérebro está mais suscetível às mudanças proporcionadas pelo meio externo, graças ao mecanismo de plasticidade neuronal que ocorre nessa época.

Isso significa que a oportunidade desse acompanhamento pode ser decisiva para que o desenvolvimento ocorra no melhor tempo, além de permitir um manejo mais apropriado das demandas do bebê. Em longo prazo, o acesso a essa modalidade de acompanhamento aumenta as chances da criança conquistar um status funcional caracterizado pela independência e/ou autonomia.

Assim, as políticas voltadas para a primeira infância precisam permanentemente enfrentar o desafio de consolidar a democratização do acesso a programas multidisciplinares de acompanhamento da gestação e do desenvolvimento de bebês de risco. No entanto, para além do acesso, esses programas precisam contar com terapeutas do desenvolvimento qualificados, com domínio profundo sobre o processo do desenvolvimento infantil, que

lhes permita um olhar cuidadoso voltado ao diagnóstico terapêutico, aos encaminhamentos apropriados para cada caso, bem como ao manejo mais apropriado e individualizado dos bebês e de suas mães.

Frente aos enfrentamentos dos déficits ou riscos para o desenvolvimento neuropsicomotor, o envolvimento da família é parte fundamental no desenvolvimento dessas crianças. A participação dos pais ou cuidadores durante a intervenção pode tornar os resultados terapêuticos mais eficazes, visto que, são eles que passam a maior parte do tempo com a criança. Esse fato precisa ser valorizado por toda equipe.

O impacto da notícia de uma gestação de risco pode gerar nos pais inquietações e conflitos internos. Isso torna indispensável a presença de uma equipe estruturada e capacitada para gerenciar a condução do caso, dedicando atenção integral às gestantes, aos recém-nascidos, bem como, no período pós-natal, às famílias que usualmente demandam uma reorganização psicossocial.

Desde o nascimento, o manejo da criança na hora do banho, do vestir e da alimentação está permeado de conteúdo motor e de vivências sensoriais, num contexto de comunicação e afeto. O corpo da mãe é o primeiro espaço significativo para o bebê, sendo que, através dos limites que a mãe coloca com seu corpo, lhe proporciona sensação de segurança, continência e organização.

A relação entre mãe e filho, no caso do desenvolvimento de risco ou atípico, pode ficar fragilizada, dada a preocupação das mães quanto às incertezas do futuro. Isso amplia as possibilidades de tornar a interação entre ambos pouco gratificante e limitada pelas restrições da criança. Nesse sentido, vale retomar a responsabilidade da equipe em promover e potencializar o relacionamento entre mãe e filho.

No caso de crianças com atraso ou alteração no desenvolvimento, o vínculo afetivo pode ficar comprometido ou enfraquecido, visto que mãe e filho estão imersos numa situação menos favorável para a interação mútua. A preocupação excessiva das mães em relação ao desenvolvimento do filho, também pode tornar a interação pouco gratificante e limitada pelas restrições da criança. Esse cenário pode comprometer a qualidade e a quantidade de oportunidades dedicadas à criança.

No processo terapêutico, uma ação central da Terapia Ocupacional consiste na atenção à qualidade do vínculo mãe-bebê, bem como à dinâmica

familiar. A intervenção deve estar sustentada no cuidado com as condições de enfrentamento dos pais diante das fragilidades dos bebês, em especial no que se refere à construção do vínculo e do apego seguro, como base para as demais atividades com os bebês.

A aceitação da criança e a vivência de relações marcadas por trocas afetivas amorosas e positivas, são condições favoráveis para a constituição de um apego seguro, reconhecidas como fundamentais para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva, o papel da Terapia Ocupacional é favorecer que os pais estabeleçam relações de cuidado permeadas pela satisfação e pelo prazer, ainda que o atraso no desenvolvimento ou a patologia passem a fazer parte do contexto de vida da família.

Desde o momento inicial do acompanhamento, é necessário que a equipe se volte para a família, pois o impacto das notícias difíceis pode ser nefasto, uma vez que as condições atípicas usualmente não fazem parte dos desejos e planos da família.

Os terapeutas ocupacionais envolvidos com o desenvolvimento infantil e com a atenção à infância devem considerar a importância da participação familiar como elemento central nos processos de intervenção e, para tanto, devem estar qualificados também para acolher às demandas dos pais.

Ser capaz de identificar uma mãe que se sente insegura ou impotente diante de seu bebê é uma condição para a atuação desse profissional, com vistas a favorecer um ambiente de escuta e acolhida, ou ainda dialogar com os demais membros da equipe para a definição de estratégias de cuidado, pois pode ser necessário o apoio psicoterapêutico nesses casos.

Também faz parte das metas da equipe criar condições para que os pais sejam capazes de cuidar do filho, fortalecendo a confiança e a positividade no enfrentamento cotidiano das necessidades da criança, uma vez que as rotinas dos bebês devem ser permeadas de oportunidades para as conquistas sensorio-motoras, percepto-cognitivas, de comunicação e linguagem, bem como nos aspectos afetivo e social.

Nesse sentido, as ações da Terapia Ocupacional junto às famílias têm um caráter particularmente importante, já que o planejamento da intervenção deve passar pelo cuidado frente ao manejo dos bebês no lar, de modo que sejam estruturadas rotinas favorecedoras do desenvolvimento, no contexto das diferentes atividades cotidianas.

Isso exige do terapeuta a capacidade de desenvolver na mãe ou na figura de cuidado a potência para a participação no processo terapêutico, visando ampliar as oportunidades de desenvolvimento para além do ambiente terapêutico. Essa é uma condição determinante para as conquistas evolutivas, dada a necessidade de contato e de manipulação frequentes e sistemáticos na rotina de cuidados dedicados ao bebê.

Desse modo, a presença da mãe ou da figura de cuidado nos atendimentos é indispensável para a orientação sobre a estimulação e o manejo do bebê, com base no planejamento terapêutico individualizado, nos momentos de cuidado, no contexto da interação e das brincadeiras.

Assim, vale reforçar que as oportunidades apropriadas para o desenvolvimento influenciam, interferem e modificam a condição atípica, bem como também podem determinar a prevenção de possíveis atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

As bases essenciais da Terapia Ocupacional

Atualmente, a Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde da qual se espera, dialeticamente, ações delineadas na interface com o campo social e com a educação. As bases epistemológicas da profissão são fundadas na interação entre os sujeitos e na realização de atividades significativas, planejadas e elaboradas para atender ao caráter terapêutico que caracteriza a profissão.

O terapeuta ocupacional da infância pode ser visto como o mediador que atua favorecendo a ação da criança no mundo, cuja vida também está condicionada aos processos históricos e culturais, influenciados pela realidade política e econômica que circunscreve seu cotidiano.

Diferentemente da maioria das profissões, que se dedicam a segmentos específicos do humano ou da técnica, a Terapia Ocupacional, que conta com áreas especializadas de atuação, focaliza a ciência da ocupação humana, o desempenho ocupacional e, portanto, as rotinas ocupacionais nos diferentes ciclos de vida. Por isso, a percepção integral do sujeito consiste numa premissa da profissão.

Responsável pela promoção e/ou reorganização da vida ocupacional dos sujeitos, as ações desse profissional visam favorecer o pertencimento, a au-

tonomia e independência para uma vida ativa, no contexto do desempenho ocupacional, independente da doença ou da patologia, passando pelo autocuidado até o reconhecimento da existência individual e social.

Tradicionalmente, a profissão tem desempenhado funções no enfrentamento de condições de desenvolvimento atípico, frente à diferentes patologias ou frente às situações de vulnerabilidade, seja ela orgânica e/ou psicossocial. Mais recentemente, alinhada aos avanços da saúde coletiva, a profissão tem implementado práticas territoriais com foco na promoção da saúde.

No caso da atenção à infância, o terapeuta ocupacional é um profissional que integra a equipe multidisciplinar, pois possui conhecimento sobre os diversos eixos do desenvolvimento infantil, sobre as diferentes patologias que podem acometer as crianças e trazer prejuízos para o desenvolvimento, bem como sobre uma gama de atividades que marcam a condição ocupacional do humano nessa etapa do ciclo de vida.

A intervenção da Terapia Ocupacional deve ser sustentada nas bases teóricas do desenvolvimento, considerando as condições físicas, sensório-motoras, cognitivas, afetivas e sociais, incluindo a comunicação, uma vez que todas elas estão envolvidas com o desempenho ocupacional.

A população atendida é composta por crianças nas diferentes fases do desenvolvimento, desde recém nascidos até crianças na idade escolar, que apresentam riscos ou alterações no desenvolvimento, decorrentes de circunstâncias de ordem orgânica, emocional e/ou social, que podem estar presentes antes, durante, após o nascimento ou durante toda infância.

O enfrentamento das demandas do público infantil conta com a intervenção nos casos de deficiências motoras, sensoriais e intelectuais, decorrentes de disfunções genéticas e/ou neurológicas. Outras problemáticas, como o comprometimento do processamento sensorial ou problemas de aprendizagem, e ainda alterações oriundas de problemas emocionais e sociais também contam com ações desenvolvidas pela Terapia Ocupacionais.

A intervenção funciona como uma mediação da promoção da saúde e do acolhimento emocional dos pais, familiares e cuidadores, a partir da escuta às queixas, dúvidas, medos e angústias, que podem afetar a dinâmica familiar e a rotina da criança. Essa escuta consiste na abertura de um canal de comunicação pelo qual a família pode expor suas inquietações e necessidades

imediatas, contribuindo para a busca de alternativas para sua organização, participação e apropriação do processo terapêutico da criança.

A escuta qualificada contribui também com o raciocínio clínico do terapeuta ocupacional, oferecendo subsídios para o planejamento de orientações contextualizadas com os cenários sociais, como o lar e a escola. O envolvimento e a adesão da família no processo terapêutico são, portanto, determinantes para a conquista da autonomia e da independência nas atividades do cotidiano, meta central no trabalho com as crianças.

Assim, o tratamento precisa ir além das ações realizadas diretamente com a criança, ampliando a atenção para as condições do cotidiano, reconhecendo que as capacidades funcionais desenvolvidas nas terapias precisam se generalizar para os diferentes ambientes que configuram suas rotinas, no contexto das atividades da vida diária, do reconhecimento e protagonismo da existência individual e coletiva, a despeito dos limites impostos pela doença, patologia ou deficiência.

Os saberes intrínsecos da Terapia Ocupacional, somados ao conhecimento científico sobre as diferentes condições clínicas e disfunções que podem acometer as crianças, contribuem para o desenvolvimento e para a retomada dos papéis ocupacionais típicos da infância. Todo processo de intervenção da Terapia Ocupacional encontra nas atividades da vida diária sua aplicação prática. Nesse sentido, o processo de reestruturação ou organização das atividades é um princípio da profissão.

Quando se trata das crianças com desenvolvimento típico, a independência nas atividades do cotidiano, ou atividades da vida diária, vai sendo adquirida gradualmente, acompanhando o processo das demais conquistas, apesar das variações nos padrões de criação e nos modelos educacionais, que podem favorecer maior ou menor autonomia.

Nos casos atípicos, com disfunções que impedem ou dificultam a participação da criança nas atividades que configuram sua rotina diária, é preciso conhecer de modo bem específico as áreas de desempenho ocupacional e as diferentes fases que compõem cada atividade da rotina da criança, bem como as habilidades necessárias para sua realização.

Esses dados permitem ao terapeuta ocupacional desenvolver ações para prevenir, identificar ou minimizar os componentes atípicos que interferem

no seu desempenho. Da mesma forma, permitem a identificação de soluções terapêuticas que visam ampliar a função ou otimizá-la com o uso de recursos adaptativos e/ou substitutivos.

No que se refere aos procedimentos clínicos que organizam o raciocínio clínico que guia a intervenção, a anamnese ou entrevista inicial, é o instrumento que usualmente dá início ao processo de avaliação, visando sistematizar dados sobre a história pregressa, desde o planejamento da gestação, passando pela história gestacional e de parto, pelas condições fisiológicas da criança ao nascer e pela trajetória neuropsicomotora.

A descrição das rotinas ocupacionais da criança e dos determinantes clínicos do caso, como informações médicas e de saúde também fazem parte da anamnese. Esse processo inicial também permite ao terapeuta ocupacional construir saberes a respeito dos espaços nos quais a criança convive, materiais e rede de apoio, além de favorecer a compreensão de dados sobre a dinâmica afetiva e social da família.

A anamnese e a avaliação detalhadas consistem nos procedimentos que mais asseguram a obtenção de dados para guiar a intervenção. Esses procedimentos são cruciais para a elaboração do plano de tratamento e para o planejamento de estratégias que busquem minimizar alterações e expressões atípicas do desenvolvimento, bem como favorecer as conquistas maturacionais e de aprendizagem.

O ponto de partida da avaliação é sempre a atividade da criança em relação ao ambiente, esse processo pode ocupar vários encontros, pois é mais apropriado completar a avaliação em mais de uma sessão a exigir demasiado da criança. Esse tempo pode e deve ser explorado como um tempo que permite, desde o início, potencializar a família para cuidar da criança, a partir de uma perspectiva que esteja em consonância com as propostas terapêuticas.

De qualquer modo, a avaliação parte de um ponto central que é construção de dados sobre as demandas da clientela. É o processo que permite identificar as necessidades que motivam a busca pela intervenção.

Para avaliar a criança, o terapeuta ocupacional deve se apropriar de instrumentos que facilitem a construção de um quadro diagnóstico sobre a mesma. Hoje a profissão pode contar com uma gama de instrumentos de avaliação, voltados para a compreensão geral do desenvolvimento ou para

a análise de áreas específicas do mesmo. Muitos já encontram validação nacional e outros ainda carecem da submissão a esse processo. Cada qual com seu valor, com suas nuances e indicadores que podem contribuir para guiar a intervenção com mais objetividade e controle metodológico.

Ainda assim, o uso de qualquer instrumento padronizado deve estar contextualizado com uma avaliação clínica da criança, com base na observação de suas ações frente aos objetos e às pessoas, tendo como parâmetro os referenciais do desenvolvimento típico. Uma avaliação criteriosa e cuidadosa, precisa contemplar as áreas: motora, sensorial, perceptiva, cognitiva e psicossocial. Os demais dados obtidos, inclusive aqueles que dizem respeito à relação entre terapeuta, criança e sua família também contribuem para a avaliação.

A avaliação deve garantir os subsídios necessários para o raciocínio clínico, servindo como pano de fundo para o planejamento da intervenção, dando origem ao plano de tratamento individualizado para cada criança.

As especificidades do plano de tratamento o tornam singular para cada criança. É na forma de objetivos específicos que o terapeuta ocupacional dimensiona sua atuação, considerando as características clínicas e evolutivas, o processo de desenvolvimento de cada criança, seu desempenho nas atividades da vida diária, bem como suas habilidades, motivações e interesses. Contextualizar os objetivos terapêuticos à dimensão familiar e social de cada criança também torna o plano de tratamento individualizado.

O plano de tratamento orienta as estratégias de intervenção e as atividades que podem ser realizadas nas terapias. Esse plano é dinâmico e deve ser redimensionado com base nas respostas dadas pela criança no processo de tratamento.

No percurso do tratamento, as bases do raciocínio clínico da Terapia Ocupacional precisam estar em consonância com uma abordagem integral do desenvolvimento infantil, uma vez que as diferentes habilidades que esse profissional busca desenvolver nas crianças estão sempre em conexão umas com as outras.

O manejo terapêutico durante o tratamento, assim como realizado na avaliação, deve buscar permanentemente a integração entre os aspectos da motricidade global, das habilidades pré-ensais, dos processos cognitivos e comunicativos, dos conteúdos afetivos e sociais. Para a Terapia Ocupacional, é

a combinação e indissociabilidade dos diferentes eixos do desenvolvimento que deve nortear a ação clínica, porque o desempenho ocupacional se materializa também de forma indissociada.

Outro ponto que merece ser destacado refere-se aos registros clínicos, ou registros da evolução do tratamento, como documentação do processo terapêutico. Esses registros também contribuem no processo do raciocínio clínico, objetivando dados e informações para a definição, acompanhamento e redimensionamento do processo terapêutico.

A relação entre quatro pontos fundamentais da intervenção da Terapia Ocupacional com crianças deve ser objeto de atenção nos registros clínicos. São eles: as demandas para o atendimento terapêutico; as metas estabelecidas pelo terapeuta para aquela sessão; as condições do atendimento (atividades, recursos materiais e equipamentos, por exemplo) e as respostas das crianças frente no processo da terapia.

Dinamicamente articulados, quando constam no registro da intervenção, contribuem para a documentação do processo terapêutico da criança, permitindo a retomada de dados mais encorpados e mais específicos quando houver necessidade. Além disso, favorecem o raciocínio clínico do próprio terapeuta ocupacional a partir da análise das mudanças apresentadas no contexto do desenvolvimento.

De qualquer forma, seja na forma de observações mais pontuais e sintéticas, ou nas descrições mais articuladas e minuciosas, os registros clínicos que tratam da evolução do caso, contribuem também para o acompanhamento longitudinal dos casos e para a comunicação entre os diferentes membros da equipe.

O raciocínio clínico e o manejo dos recursos terapêuticos

A Terapia Ocupacional tem na atividade, no fazer humano e na ocupação o alicerce das abordagens que a fundamentam e a tornam uma profissão singular dentre as demais, que podem ser explicadas de modo mais específico e pontual. Atividades de caráter terapêutico e o próprio conceito de ocupação são valorizados como elementos articuladores na profissão.

O uso da atividade como recurso terapêutico precisa ser compreendido de forma contextualizada, dimensionando-se as diferentes épocas, contextos

socioculturais e determinantes filosóficos, abordagens e premissas metodológicas que constituem a prática profissional.

No contexto das mudanças históricas vividas pela profissão, os recursos terapêuticos também se modificam, se ampliam e ganham características mais específicas, voltadas aos diferentes campos de atuação nos quais a Terapia Ocupacional vai construindo seus saberes.

Na Terapia Ocupacional, se considera que o fazer humano pode exercer um efeito terapêutico sobre o indivíduo, já que carrega em si a condição de unificar, integrar diferentes funções, habilidades e percepções, correspondendo à uma unidade funcional. A profissão se utiliza dessa premissa para se debruçar sobre os efeitos da atividade sobre as pessoas, no sentido de fazer uso dela como possibilidade transformadora.

O desenvolvimento de atividades passa pelo domínio da execução das mesmas e pelo conhecimento do seu potencial para promover a conquista ou manutenção de habilidades, bem como a possibilidade de apreensão de seus diferentes significados. Outro princípio que marca a profissão se refere ao uso da atividade como recurso terapêutico nas suas diferentes formas: expressivas, plásticas, tecnológicas e/ou lúdicas.

Os critérios de escolha das atividades a serem desenvolvidas na terapia são elementos que tornam específico o uso das mesmas para a Terapia Ocupacional. A análise da atividade consiste num processo que desvende o conteúdo funcional necessário para a realização das mesmas, bem como o seu valor simbólico. Esse processo torna possível também ao terapeuta ocupacional realizar a adaptação das atividades, desdobrando as etapas, por exemplo.

O terapeuta ocupacional precisa considerar os recursos terapêuticos e refletir sobre como os mesmos podem proporcionar benefícios à clientela em questão. Assim, a forma como o terapeuta utiliza recursos é fundamental. Mais do que simples objetos ou materiais, eles tornam-se terapêuticos à medida em que lhes são incumbidos significados, desejos, funções, pelo terapeuta e pela criança.

O profissional da Terapia Ocupacional utiliza as atividades humanas como recurso e, na área da infância, esse recurso é o brincar. O brincar adquire um significado de destaque na medida em que é reconhecido como a ocupação privilegiada da criança e pode, quando inserido no contexto terapêutico, adquirir valor terapêutico.

A partir das atividades de caráter lúdico, são oportunizadas novas vivências e possibilidades de ação frente aos brinquedos, jogos e outros objetos da cultura. Essas vivências marcam a atuação no contexto da infância e são mediadas a partir do manejo terapêutico, na forma de adaptação e criação de função.

Na intervenção com crianças, a Terapia Ocupacional busca a prevenção, o tratamento e a reabilitação de problemas que afetam o desempenho funcional, no sentido de favorecer o desenvolvimento, a melhora ou a manutenção de funções e das habilidades necessárias para o desempenho ocupacional, favorecendo a integração das várias áreas do desenvolvimento. Para tanto, utiliza atividades analisadas previamente.

Esse profissional pode também, no que refere ao brincar, identificar e orientar a vivência de atividades e brincadeiras apropriadas para cada fase do ciclo de vida, considerando a cultura, o status de desenvolvimento e a vigência de patologias, observando as possíveis restrições e possibilidades de adaptações.

O brincar é um meio de se estabelecer um contato direto e favorável com a criança, um meio de se construir um vínculo de confiança e satisfação como base para o processo terapêutico, uma aliança que permite ao profissional o manejo de seus objetivos e a condução do tratamento.

As habilidades do terapeuta em brincar podem tornar possível mediar a apropriação de funções nas diferentes áreas do desenvolvimento. Uma condução criativa do brincar pode ajudar a criança a vencer dificuldades que de outra forma ela não venceria, como suportar a perda, tolerar o término do atendimento, dividir o material do jogo, dentre outros desafios psicossociais.

Da mesma forma, um manejo habilidoso do terapeuta permite à criança enfrentar mais positivamente as restrições impostas por diferentes patologias, além de contribuir para a execução de tarefas ocupacionais complexas. É o terapeuta ocupacional que agrega atrativos às brincadeiras, trazendo mais satisfação e positividade à criança.

Brincando, o terapeuta ocupacional viabiliza a expressão e elaboração de sentimentos e a capacidade de interação, de modo que brincar e aprender fazem parte do mesmo processo.

As propostas de atividade no contexto terapêutico visam provocar na criança experiências positivas de ação, essa é a condição de novas oportunidades de desenvolvimento a partir das novas situações e experiências vividas no processo terapêutico.

As terapias devem corresponder a um espaço de confiança entre o terapeuta ocupacional, a criança e a família. A confiança na condução terapêutica sustenta a adesão daqueles que cuidam da criança e aumenta a possibilidade da continuidade das ações promotoras do desenvolvimento no lar.

Na medida em que a profissão coloca em prática os princípios que a constituem, os saberes da Terapia Ocupacional criam potência para a construção de outros modos de brincar e de novas habilidades, integrando os diferentes eixos do desenvolvimento infantil.

O reconhecimento do brincar como atividade da criança confere ao terapeuta ocupacional a possibilidade de realizar um atendimento que respeite as necessidades da criança com riscos para o desenvolvimento, ou mesmo com desenvolvimento atípico, levando em conta suas condições funcionais, suas necessidades e seus desejos.

Esse clima necessário para o trabalho com crianças também é aquele que dá início à constituição do vínculo entre o terapeuta e a criança, vínculo sedimentado na aceitação e na acolhida da criança pelo terapeuta, na aceitação das suas condições e características de desenvolvimento, no exercício criativo do contato e da interação com a criança.

Se com a família, a confiança é construída pelo acolhimento e pela escuta, no que se refere à criança, o caminho para essa relação de confiança passa pela motivação e engajamento da mesma nas atividades desenvolvidas nas terapias. A criança deve trazer para o encontro seus desejos, sentimentos e inquietações próprias, individuais. O terapeuta ocupacional precisa dar espaço à todo esse conteúdo e exercer o papel de mediador de uma ação repleta de significados para essa criança.

A atenção dada aos brinquedos utilizados pelo terapeuta ocupacional da infância aparece como objeto de estudo de destaque, uma vez que, para favorecer as oportunidades de participação na terapia e a realização de atividades que respondam às necessidades da criança, é preciso promover a vivência de atividades lúdicas planejadas e adaptadas às condições clínicas e especificidades de cada caso.

O uso planejado dos brinquedos permite ao profissional dimensionar a proposta da atividade, de modo que as diferentes formas de brincar aconteçam no contexto de desafios justos para a criança, o que pode permitir avanços progressivos no desenvolvimento.

Assim, é preciso valorizar o interesse da criança, já que a motivação e engajamento são cruciais no contexto da intervenção. É responsabilidade do terapeuta ocupacional criar as condições necessárias para o engajamento da criança nas atividades. Nenhuma terapia tem sentido se a criança não estiver motivada.

Com a criança motiva e envolvida na brincadeira, o terapeuta pode mediar a sua ação voluntária, conduzindo o processo terapêutico de modo a enfrentar os desafios propostos no planejamento terapêutico, pois os brinquedos e as brincadeiras tornam-se instrumento de desenvolvimento, exploração e de expressão.

Gradualmente, o engajamento da criança nas atividades do dia a dia pode permitir ampliar o desenvolvimento neuropsicomotor e a apropriação de habilidades cada vez mais elaboradas. O resultado esperado desse processo é a participação da criança nessas atividades com progressiva autonomia e independência.

As condutas de participação nas atividades são mediadas pelo profissional da Terapia Ocupacional, facilitando as explorações da criança e suas descobertas, favorecendo experiências enriquecedoras e significativas, considerando a fase e as características de desenvolvimento da criança.

A criança se coloca nas brincadeiras a partir do seu interesse, inicialmente provocado pelas características da própria atividade, dos materiais e objetos circundantes. Com o passar do tempo e com a aprendizagem, sua atenção nas brincadeiras vai adquirindo outros contornos, regulados pelas experiências e pelas impressões registradas na memória, o que influencia diretamente sua participação nas brincadeiras.

A escolha dos recursos passa pela observação da motivação da criança para a exploração e deve ampliar a possibilidade da mesma ver e perceber os estímulos, o que resulta numa ação motora, voluntária, com vistas à exploração dos materiais.

O terapeuta ocupacional precisa dominar estratégias de manejo do processo terapêutico, implementando a graduação da atividade quando necessário. O desmembramento das etapas que compõem a tarefa torna possível graduar o desenvolvimento de habilidades, facilitando a manutenção da motivação, da atenção e do engajamento da criança na atividade.

É possível ainda, a partir do raciocínio clínico, considerar os desenvolvimentos de funções isoladas que, pouco a pouco, se articulam para resultar

no domínio de um comportamento mais elaborado para a realização de uma determinada atividade. Também é possível ajustar elementos da atividade para garantir o ganho de função, modificando e adaptando materiais ou ainda projetando recursos assistivos.

A intervenção da Terapia Ocupacional precisa ir além de fazer uso do brincar como seu recurso legítimo no processo terapêutico com crianças, precisa colocar em prática uma intervenção que cuide da necessidade que a criança tem de brincar. Nessa perspectiva, uma das atribuições do terapeuta ocupacional que atua com crianças é oferecer respostas para os casos nos quais existam limitações para o brincar.

Diferentes problemáticas atrapalham ou impedem as crianças de brincar, nesses casos, o profissional precisa tomar para si a responsabilidade de propor soluções para as crianças e suas famílias, viabilizando oportunidades de brincar.

Para tanto, seleciona materiais prontos encontrados no comércio ou em pontos de venda específicos. Utiliza recursos não estruturados como grãos e massas, e também cria, confecciona, adapta, organiza, redimensiona materiais e recursos de mobiliário, a fim de criar oportunidades de exploração para as crianças que estão sob sua responsabilidade terapêutica.

Cada comportamento de engajamento e participação ativa da criança nas atividades, ainda que seja necessária a implementação de recursos alternativos e não convencionais, representa uma conquista para a percepção segurança e auto estima positiva da clientela infantil.

É a ação da Terapia Ocupacional que diferencia o brincar, tornando-o recurso terapêutico. Portanto, o que caracteriza a utilização do brincar como recurso terapêutico é a apropriação que o terapeuta faz dos diferentes materiais, ao transformá-los em oportunidades para o desenvolvimento de habilidades, de aprendizagem e de satisfação com o brincar.

Considerações finais

No contexto da Terapia Ocupacional, o domínio de conceitos, estratégias e recursos terapêuticos que respondem às diferentes demandas atendidas é outra condição para a intervenção na infância, caracterizada pelo manejo dos procedimentos acima descritos.

Esse domínio passa pela formação continuada do terapeuta após a conclusão da graduação, visando o aprimoramento teórico e metodológico nas diferentes áreas de atuação da profissão, e também pela condição do terapeuta organizar seus atendimentos com equipamentos e materiais que estejam em consonância com as diferentes áreas da atenção terapêutica à infância e que muitas vezes colaboram para configurá-la.

Na infância, esse processo terapêutico ocupacional marcado pelo uso de atividades, precisa ser contextualizado com o status de desenvolvimento das crianças, o que exige a profunda apropriação teórica acerca do desenvolvimento infantil como uma das etapas do ciclo de vida. Requer também o conhecimento sobre as diferentes patologias que comprometem o desenvolvimento e sobre o potencial das atividades. Esses são os pilares da atenção da profissão no contexto geral da infância.

O terapeuta ocupacional é um profissional do qual se espera uma relação especial com as atividades, com os brinquedos, demais recursos e materiais típicos da infância. Espera-se que o embasamento teórico prático desse profissional lhe permita a dose necessária da arte e da ciência para o manejo dos recursos terapêuticos. Isso significa o uso apropriado de materiais para o alcance dos objetivos propostos para o tratamento da criança.

Não é raro que a relação do terapeuta ocupacional com seus materiais seja caracterizada pelo entusiasmo. Ou ainda marcada por um envolvimento afetivo com seus recursos. Os diferentes recursos terapêuticos podem ainda assumir o caráter de coleção para alguns profissionais. Esses cenários revelam uma apropriação dos recursos pelo profissional, bem como das possibilidades do uso terapêutico que ele pode fazer dos mesmos, em diferentes situações e com diferentes crianças, ajustando, inovando, redimensionando o enfoque, combinando o uso para proporcionar ao atendimento a coerência que planeja.

No caso dessa relação entusiasmada do terapeuta ocupacional com seu material de trabalho, com seus recursos, brinquedos e jogos, podemos citar alguns fatores determinantes, como a experiência profissional, a apropriação segura das bases teóricas e metodológicas da profissão, a busca por uma capacitação permanente, o temperamento e a personalidade do terapeuta, o seu envolvimento e o gosto pelo fazer terapêutico.

É preciso que o Terapeuta Ocupacional goste, tenha prazer, sensibilize-se e envolva-se na sua área de atuação, além de direcionar investimentos para a sua formação continuada.

Assim, só há uma direção a seguir, para além da apropriação teórica e metodológica necessária para sua atuação na infância, é a direção de um encontro no qual ele também vivencie alegria, positividade, prazer e satisfação. É desse encontro que a criança tira a potência para a confiança e positividade que buscam conferir alegria, além da motivação e coragem necessárias para o enfrentamento das brincadeiras desafiadoras.

Não há processo terapêutico na infância sem a disponibilidade interna do terapeuta para esse encontro. É do terapeuta a responsabilidade para construir vias de motivação, engajamento e participação da criança na atividade, conferindo novas perspectivas ao brincar.

A hipótese para a elaboração deste trabalho, dispersa inicialmente na complexidade da tarefa à qual eu tinha sido desafiada, encontrou luz nos conteúdos sistematizados nos diferentes trabalhos de conclusão concluídos nesses 20 anos, bem como nas propostas do projeto pedagógico do curso, que fala do perfil do profissional da Terapia Ocupacional que a UNISO quer formar e que eu esperava, inquieta, encontrar no tratamento dos dados.

A análise desses trabalhos de conclusão de curso revelou nuances das atividades e dos recursos terapêuticos utilizados com crianças, no contexto dessa profissão, que permitem o reconhecimento daquilo que desejamos na formação universitária: que o profissional terapeuta ocupacional possa dedicar uma atenção privilegiada para conhecer os sujeitos com os quais constrói a intervenção, além de assumir uma postura diferenciada frente às atividades, que ele mesmo transforma, por meio do seu raciocínio clínico, em oportunidades terapêuticas.

Trabalhos de Conclusão de Curso

Autores	Título	Ano de publicação
ALAMINO, Paula Renata Costa; SANTOS, Alessandra G.	Intervenção essencial e a atuação da Terapia Ocupacional com bebês de alto risco de zero e dois anos: três estudos de caso	2002

Autores	Título	Ano de publicação
ALMEIDA, Karina Aparecida Duarte; OLIVEIRA, Letícia Nóbrega Coelho	Saúde na infância: os domínios acerca do desenvolvimento infantil como substrato da intervenção	2014
ANTUNES, Ariadne Leonardo; PAVIANI, Lúcia Howart	A influência dos riscos sociais nos problemas de comportamento da criança em idade escolar: aproximações com a Terapia Ocupacional	2009
ARRUDA, Rafaela; VIDA, Melina	A atuação profissional de terapeutas ocupacionais: a intervenção como facilitadora do desenvolvimento de habilidades manuais de bebês prematuros	2008
ARTHUSO, Fábio; RODRIGUES, Gisliane A. Massuela	O brinquedo como recurso da Terapia Ocupacional no atendimento à criança com Síndrome de Down	2002
BARROS, Maíra C.; SANTOS, Maria Fernanda	O papel do brinquedo e da importância do brincar no período sensório-motor no contexto da educação infantil - um estudo da Terapia Ocupacional	2005
BONEL, Renata Cristina; NAGANO, Karen Lumi.	Recém nascidos de alto risco: a atenção em saúde como promotora do desenvolvimento	2013

Autores	Título	Ano de publicação
BRAVO, Fernanda F.; SONODA, Roberta H.	Um estudo da Terapia Ocupacional sobre a importância da atividade lúdica no desenvolvimento da criança em idade escolar	2005
DOMINGUES, Ana Clara; MANOEL, Larissa Correa	Um estudo sobre a Terapia Ocupacional e a neuroplasticidade no desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos	2005
GONÇALVES, Ângela Márcia	Intervenção essencial da Terapia Ocupacional em paralisia cerebral	2001
GONÇALVES, Juliana Brisola; RODRIGUES, Alessandra da Silva	A intervenção da Terapia Ocupacional com um adolescente oncológico em fase de remissão - relato de caso	2003
GONÇALVES, Manuela M.; LIMA, Simone de Almeida	Um estudo da Terapia Ocupacional: a importância dos recursos terapêuticos no atendimento de crianças de 0 a 2 anos com deficiência visual	2002
GUERRA, Thaís F. S.; KNITTEL, Ana Paula D.	Políticas públicas de atenção aos bebês de alto risco no pós alta hospitalar	2005
MATHIAZZI, Stella C.; MOURA, Maria Isabel	Um estudo a respeito de crianças institucionalizadas portadoras de hiv/aids na primeira infância	2002
MOREIRA, Fabiana	A atuação da Terapia Ocupacional com crianças hospitalizadas	2001

Autores	Título	Ano de publicação
NARDI, Regina Célia	Intervenção essencial da Terapia Ocupacional com crianças portadoras de paralisia cerebral	2001
PECCHIO, Luciana	A recreação na Terapia Ocupacional: possibilidades de intervenção em unidade de internação pediátrica.	2001
PEREIRA, Elizângela Vanessa; ROBLES, Dariane Rosa	A atuação do terapeuta ocupacional no processo de inclusão escolar do aluno com deficiência nos primeiros anos do ensino fundamental	2011
SILVA, Kátia Cezário; OLIVEIRA, Regiane dos Reis; OLIVEIRA, Thaís de Souza.	O impacto da hospitalização no vínculo entre mãe/criança: aproximações com a Terapia Ocupacional	2007

09

Dispositivos clínicos nos serviços da Atenção Básica em Saúde: fragmento clínico de um caso fronteiriço

Maria Cecília Galletti

Cartografia clínica

Henrique começou a frequentar a brinquedoteca Vila Borges trazido pelas crianças de sua classe da escola.

Embora fosse um menino franzino que não aparentava seus oito anos, se apresentava maior no seu trânsito de ir e vir e de perambular pelas ruas do bairro da periferia da zona oeste de São Paulo. Seu pequeno corpo, embora silencioso, não passava despercebido na sua chegada e na sua saída.

Sua presença solitária nos grupos de crianças incomodava; trazia para a equipe de terapeutas que cuidavam do trabalho da brinquedoteca questões acerca da criança que ali se apresentava.

São muitas as histórias das crianças que frequentaram esse espaço no Vila Borges, histórias de brincadeiras, de jogos, de fantasias, de trocas,

muito barulho, brigas, alegrias compartilhadas, choros intensos, enfim histórias que fazem parte da criação de um universo de encontro de crianças.

A história de Henrique me foi trazida em uma das supervisões de estagiários da brinquedoteca: “Um menino que não se afeta e não é afetado pelas brincadeiras e tampouco pelas crianças e adultos que ali estão”, relatou uma das estagiárias do serviço. “Um certo deboche com as rodas de conversa e com os combinados, com as regras grupais, com as inquietações das crianças acerca das leis que regem aquele convívio”, observou outra coordenadora de grupos.

No incômodo diálogo que surgiu entre as estagiárias e a supervisora do trabalho aparecia uma estranha criança,

- *Que olha, mas não vê. - Não vê? Como não vê? - Não vê do jeito que todos veem, as palavras não criam para ele uma comunidade.*

- *Há um humano ali?* Era a pergunta de uma temerosa terapeuta, que ao recebê-lo diariamente não o percebia tocado pela palavra e pelo recebimento de um outro.

De onde provém a inquietante estranheza que emana do silêncio, da solidão, da obscuridade? [...] Nada podemos dizer da solidão, do silêncio da obscuridade senão que são esses verdadeiramente os elementos aos quais se liga a angústia infantil, que jamais desaparece na maioria dos homens (FREUD, 1976, p. 307).

Henrique tocou a supervisão. O que sabíamos mais dessa criança incommum no seu modo de existência? Tentamos buscar na clínica uma referência e também possíveis saídas para entender os impasses criados por H na brinquedoteca. Não nos parecia “um autista” ou “um psicótico” com suas desorganizações gerais, movimentações intensas, agitações e estereotípias típicas, enfim crianças tão comuns na nossa clínica. Tinha um estranhamento diferente no modo de sobrevivência desse menino, um desprezo pelas pessoas que dele se aproximavam, uma aparente superioridade, um distanciamento, além de não conseguir brincar livremente com as crianças da sua idade.

existe outra classe de pacientes psíquicos que visivelmente se assemelham muito de perto aos psicóticos – o vasto número de pessoas que sofrem de graves neuroses. Os determinantes de sua doença, bem como seus mecanismos patogênicos, devem ser os mesmos ou, pelo menos, muito semelhantes. Mas o ego mostrou-se mais resistente e tornou-se menos desorganizado. Muitos deles, apesar da doença e das inadequações delas decorrentes, foram capazes de manter-se na vida real. Esses neuróticos podem mostrar-se prontos a aceitar nosso auxílio. Limitaremos a eles nosso interesse e veremos até onde é mediante que métodos seremos capazes de “curá-los”.

A psicanalista Radmila Zigouris propõe, para além das estruturas clínicas já conhecidas pelos psicanalistas, outra forma de sobrevivência que, no seu ponto de vista, o tratamento diz respeito exclusivamente à psicanálise:

são os que desde sempre precisaram lutar pela própria sobrevivência psíquica, quando não física. Para dar conta das etapas do próprio crescimento, socialização e capacidade de pensamento, tiveram que lançar mão de uma série de mecanismos característicos das estratégias de sobrevivência. É o caso de nos perguntarmos como é que conseguiram não afundar numa psicose infantil, no autismo ou simplesmente permanecer vivos. [...] E, no entanto, podemos afirmar que, alguns conseguiram se agarrar à vida dita normal. É necessário reconhecer nisto uma capacidade pessoal de se criar um universo. Esse processo é inconsciente e a seguir se torna a única maneira que eles têm de estar no mundo. [...] Daqui e dali foram se apropriando de alguns fragmentos de humanidade, recolhidos daqui e dali, por ocasião de encontros fortuitos, de mecenas passageiros inconscientes de seus dons, migalhas de humanidade das quais essas crianças se apoderam sempre que podem, tamanha é a propensão do pequeno do homem em se tornar humano (ZYGOURIS, 2004, p. 41).

Tomando a problemática de Henrique a partir dos termos propostos por Freud e Zygouris iniciamos algumas intervenções que passo agora a descrever

Uma de nossas perguntas iniciais era sobre a origem de H., como funcionava essa família? Ao contrário de outras crianças que frequentavam a brinquedoteca e eram trazidas pelos familiares ou ainda outras que traziam os familiares quando descobriam, meio às salas de consultas, o espaço de brincar dentro da UBS, H. transitava sozinho.

Tinha a trajetória típica dos “meninos de rua”, que segundo a psicanalista Miriam Debieux Rosa, são assim chamados por não possuírem a proteção do discurso familiar e terem de contar com o próprio discurso para sobreviver na rua (ROSA, 2002).

Um contato com a escola e a com professora de H foi muito importante para construirmos um pouco de sua história: O pai, traficante (preso por muito tempo) na região prostituía a mulher e duas filhas mais velhas. A mãe de H abandonou a família desde sua primeira infância e ninguém mais teve notícias. H. foi criado pela madrasta e o pai, passando muito tempo na rua, praticando pequenos furtos na região, mas tendo uma obrigação com a família: de frequentar a escola para que essa não perdesse os direitos aos benefícios do governo (bolsa família, leite etc.).

Moradora do mesmo bairro, a professora de H. falava de um menino com hábitos de adulto: jogava bilhar num bar masculino, bebia cerveja, circulava de madrugada pelas ruas na companhia de meninos mais velhos. - “Vira e meche, dou um grito no portão tarde da noite para H. ir embora para casa que tem aula no outro dia pela manhã.”, dizia ela. O menino dava os ombros ou nem escutava, ou olhava, mas não via como nos relatava nossa estagiária

A professora ainda contava que as crianças reclamavam dele na classe. Não tinha material escolar, debochava das crianças, batia nos outros meninos no recreio. “Mas não reclama de sua vida”, dizia a professora: “Não tem queixa de criança. Não fica sentido quando é repreendido. É como se não o afetasse. Ele é estranho. Parece não ter sentimentos. Se vira bem. Faz parte do grupo, mas está fora dele”.

Nesta conversa com a escola pudemos confirmar nossas hipóteses traçadas com Zygouris: H aparecia também na escola como uma criança que teve que

enfrentar desde a mais tenra idade uma mãe muito aquém do que podíamos considerar de suficientemente boa. Uma mãe totalmente incapaz de conter as angústias normais do recém-nascido. [...] Acontece de algumas crianças terem nascido num ambiente muito pouco confiável, incompreensível não só para eles, como também para seus pais, razão pela qual não encontram ninguém para acolher suas pulsões que buscam satisfação. Ninguém pode dar um sentido a suas experiências, ninguém os sonha e deseja algo para elas. Acontece de algumas crianças atravessarem desertos afetivos, espaços inabitados, violências incríveis (ZIGOURIS, 2004, p. 41).

Cartografia institucional

A brinquedoteca da Vila Borges funcionou na UBS Vila Borges de 2005 a 2013 e foi uma importante estratégia de atenção à infância criada na composição deste serviço com o Centro de Convivência e Cooperativa Parque Previdência, serviços de saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã - Coordenadoria Oeste – Secretaria Municipal de Saúde do Município de SP.

O ambiente de brincadeira tinha como função tornar possível que a UBS se constituísse, para além dos seus lugares tradicionais, como um espaço de encontro de crianças que não fosse marcado pela patologia. Também tinha como função receber e acolher as crianças que procuravam o serviço e não conseguindo ser atendidas imediatamente eram inscritas nas imensas listas de espera da clínica psí (psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia).

Foi a partir dos dispositivos da brinquedoteca que estabelecemos os critérios de riscos e prioridades nos atendimentos dos casos, que discutimos com as escolas e famílias a necessidade ou não de uma intervenção terapêutica, e que propusemos muitas vezes somente o espaço do brincar como uma possibilidade para a criança ser cuidada nas suas experimentações infantis.

Este bairro, como outros da periferia de São Paulo, é desguarnecido de locais públicos tais como praças e parques ou mesmo áreas livres, enfim espaços onde o encontro entre crianças acontece naturalmente. As ruas marcadas pela

violência e tráfico de drogas deixaram de ser, há muito, espaço de brincadeiras infantis transformando-se muitas vezes em cenário de filme de violência.

A UBS vila Borges é um dos poucos equipamentos públicos existentes, que, naquele momento, comprometida com as estratégias de resistência à exclusão no território compôs com o Cecco uma parceria para a montagem desse ambiente de brincadeiras, um espaço de jogos e de abertura para as crianças encontrarem seus próprios caminhos.

Esse ambiente recriou a própria UBS, na medida em que abriu a instituição para uma cena radicalmente nova que possibilitou o dizer e o agir das crianças. Uma instituição estourada (éclatée), que, como nos propõe Maud Manoni (1977, p. 79):

tem em vista aproveitar e tirar partido de tudo o que de insólito surja (esse insólito que, pelo contrário, têm-se o costume de reprimir). Portanto, em vez de oferecer permanência, a estrutura da instituição oferece, sobre uma base de permanência, aberturas para o exterior, brechas de todos os gêneros [...].

Essa composição também tinha para as duas unidades de saúde – Cecco/UBS – a intenção de criar um espaço de referência e de formação de redes locais de conexões e possibilidades de um convívio mais solidário na região, que diferisse da rede do tráfico que amedronta e submete os moradores do bairro.

A parceria com o Cecco foi também uma intervenção territorial por acreditarmos que este funcionou para a UBS, já que não se situa no mesmo local, como um Outro não submetido às leis locais, portando com isso, outras subjetividades que puderam interferir e intercambiar.

A brinquedoteca desenvolveu durante seu funcionamento vários grupos de brincadeiras, espaços onde as crianças podiam como diz Sueli Rolnik: “mergulhar nas intensidades do tempo de brincar para dar língua aos afetos que pedem passagem.” (ROLNIK, 2000, p. 39).

Os grupos aconteciam por mais ou menos duas horas e finalizavam com as rodas de conversa, momentos importantes onde as crianças se perguntavam sobre o trabalho produzido por elas. Além disso, a equipe da brinquedo-

teca realizava reuniões com a equipe de saúde mental da UBS e se articulava com a creche e as escolas em que as crianças estavam inseridas.

Toda a montagem dessas estratégias institucionais visava a criação de vetores de existencialização que segundo Deleuze é a criação de possibilidades de vida, a criação de um possível onde antes parecia não existir.

Cartografias analíticas

Mas afinal, o que esses espaços de existencialização podem contribuir para uma criança como H.? Ou ainda o que as intervenções analíticas podem pôr a trabalhar?

Essas perguntas insistiam para a equipe da brinquedoteca já que para H, os dispositivos de cuidado não pareciam produzir efeitos.

Assoun (*apud* ALTOÉ, 2007, p. 59) contribui para nossas indagações ao afirmar que a contribuição dos psicanalistas em uma instituição é

tolerar a incertitude, compreender e integrar a destrutividade, em si mesmo, a confusão de sentimentos, mas também guardar acesso ao humor mais além da precariedade da existência: tudo isso representa as condições da experiência. Tal seria a inquietação do analista nas instituições. Mas isso supõe a capacidade de utilizar o espaço poético que abre à invenção analítica: espaço de transferência, em todo caso, de transição, espaço de passagem.

Em uma conversa com um velho amigo psicanalista em que eu buscava encontrar caminhos para intervir nesses casos fronteiros, conto a história de H. Depois de ouvi-la com atenção ele me diz das pequenas sutilezas que podem afetar casos de tamanha gravidade como esse e sugere que o que temos a fazer nesses casos é “poesia, possibilitar o máximo possível de experiências do Humano”.

Recordei-me das belas palavras de Radmila Zygoris sobre os “sobreviventes”, de Assoun sobre o espaço poético, palavras que, ressoavam com a

sugestão do experiente e sensível amigo e sai de lá pensando de que Humano é esse que se trata na experiência de H.?

Freud fala desse Humano como a experiência que nos torna sujeito. Essa experiência que só acontece quando antes um outro pode nos desejar. Freud nos mostra que o processo de produção do humano depende da eficácia de determinadas inscrições que devem ser realizadas sobre a criança. Isto pode ser chamado de tornar-se humano. É através do Outro, que se pode existir como humano e neste processo surge uma noção de si, do primeiro esboço de sujeito.

Tales Ab' Saber pensa essa experiência à partir de Freud quando este amplia o conceito de identificação primária do pai para os pais, um “campo ambiental humano, que inclui mãe, pai, cuidados e objetos culturais (AB' SABER, 2001).

No nosso trabalho da brinquedoteca essa tal da experiência do humano, esse campo ambiental humano, foi sendo compartilhada pelos terapeutas nas supervisões, nos textos, nas intervenções, nos sonhos coletivos com a criança e nas angústias colocadas em palavras, palavras que aos poucos foram se desdobrando em atos humanos

Segundo Sonia Altoé (2007, p. 56)

a tendência ainda existente nos estabelecimentos, reforçada pela visão da sociedade mais ampla, é pelo viés do estigma, da intolerância, ao invés de se buscar as brechas na sua história como sujeito, no que ela tem de singular, para construir algo de diferente daí para frente. Ou seja, é a questão do sujeito, seu desejo mais profundo que se encontra escondido no seu sintoma e que é preciso abrir brechas para permitir seu surgimento. Para que isso possa acontecer a criança tem que ter seu desejo reconhecido, possibilidade que provavelmente lhe foi barrada até então, tendo sido possível sua expressão somente através de sintomas.

Do ponto de vista do nosso caso, o investimento afetivo da equipe de terapeutas na construção de brechas possíveis para H foi ganhando intensidade nas intervenções cotidianas.

Uma festa, a comemoração do aniversário de uma das estagiárias, foi palco de uma experiência que encontrou sentido na vida de H. A alegria das crianças contagiava a sala de brincadeiras. Bexigas, música, velinhas acesas e dois bolos sobre a mesa enfeitada era o cenário da festa na qual H estava presente naquele seu modo estranho de ser. Em torno de um dos bolos postos sobre a mesa, as crianças cantaram parabéns a você e apagaram as velinhas com muitas palmas e barulho. Ao terminar elas se dão conta que sobra um bolo na mesa e perguntam de quem era o outro aniversário.

Sem hesitação e na atenção flutuante imprescindível numa intervenção analítica, a estagiária recorda o aniversário de H. ocorrido também naquela semana.

Na brinquedoteca trabalhávamos com a complexa comunicação na transferência com as crianças pois como nos ensina Freud, a transferência produz uma zona intermediária entre a doença e a vida.

Pois bem, essa recordação, intervenção analítica da estagiária-terapeuta, surpreendeu a todos, inclusive a ela que recordou. Entendemos que essa recordação-intervenção fez com que H se libertasse de uma certa fixação do sentido do passado de sua história familiar e social.

Novas velinhas, palmas, crianças rindo e cantando: H. H. H. seu nome ecoava nos gritos de parabéns a você e na música carinhosa com quem será que H vai se casar.

Com o rostinho magro escondido por suas pequenas mãos, H assistia sua imprevisível festa de aniversário e aos poucos sua participação foi ganhando um movimento intenso, os afetos pareciam naquele momento tocar aquela estranha criança. Lentamente, enquanto a mão se abria, vimos surgir um novo semblante de H. Um semblante que ninguém podia reconhecer - Que olha e vê - Um sorriso inusitado apareceu mostrando os dentes brancos que iluminava sua tez. Abraços apertados, afetos nunca vistos anteriormente deu lugar a estranheza conhecida de todos.

Será que aquela criança indecifrável sucumbiu à experiência do humano ali instaurada? Para Jean Oury a transferência institucional acontece sempre ao acaso, na sutileza das intervenções, e isso é para ele trabalhar com a dimensão analítica na instituição.

Freud em seu texto A dinâmica da transferência já nos alertou que a transferência não é um fenômeno que aparece só na psicanálise, mas aparece

também nas instituições, só que muitas vezes por produzirem efeitos de agravamento, as instituições têm a tendência de encobrir e não revelar.

A festa como um acontecimento na transferência trouxe modificações importantes no modo de existência de H. E se tomamos a transferência a partir do conceito freudiano, aqui o conceito de acontecimento segue os passos de Deleuze para quem o acontecimento prescinde de interpretações posteriores, pois ele é o próprio sentido.

Podemos pensar que o aniversário como o que faz marca da existência e comemora a vida, pôs a existir ali uma criança. Podemos pensar que H entrou num devir criança. Para Deleuze “os devires são o mais imperceptível, são atos que só podem estar contidos em uma vida e um estilo” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 56).

Ao não confundir os efeitos do processo de subjetivação desse menino com o que é próprio dele, os terapeutas apostaram que ali havia um sujeito, o humano que não se podia visualizar

Muitas vezes, para um terapeuta implicar-se nesses espaços de brincadeiras significa poder habitar um “devir criança”, que como nos fala Rolnik é “reencontrar uma infância como lugar da invenção, fábrica de uma sensibilidade criadora, manancial de possíveis” (ROLNIK, 2000, p. 8-9).

Cartografias de encerramento

H continuou frequentando por muito tempo o espaço de brincadeiras no Vila Borges. Aos poucos conseguiu brincar mais com as crianças de seu grupo.

Na escola também modificou seu modo de estar com os colegas participando com menos indiferença das atividades coletivas.

Não conseguimos trazer sua família para os atendimentos, mas H produziu várias questões acerca de seu lugar familiar tanto na brinquedoteca quanto na escola. Fez perguntas sobre sua obrigação de frequentar a escola para os benefícios que a família recebe do governo. Essa pergunta se fez questão em uma roda de conversa que ele não tratou com deboche, pode ouvir os colegas e as terapeutas do grupo.

Ainda chegou por várias vezes irritado e repetiu antigas cenas de violência com as crianças. Passava dias sem aparecer e sabíamos dele por outras crianças que o viam perambulando pelas ruas do bairro.

O trabalho com H, as múltiplas intervenções a que ele convocou este serviço foram frutos dos encontros com forças teóricas e estratégias heterogêneas que pretendem resistir a um certo modo de fechamento, abrindo os becos sem saídas que fazem escapar da redundância do adoecimento do sujeito.

Na esteira sensível de meu velho amigo psicanalista que me sugeriu nesses casos “poesia, possibilitar o máximo possível de experiências do Humano” podemos pensar a técnica psicanalítica como Aristóteles (2003) o conceito de técnica que é a habilidade para fazer algo. Mais precisamente *techné* é “uma disposição para produzir”, mas disposição “acompanhada de regra” (Ética a Nicômaco, VI, 4). Sem habilidade regrada não produz bem. E mais: Aristóteles distingue, no próprio campo da *techné*, das habilidades técnicas, uma linha de criação, isto é, de *poiesis*, e uma linha de ação, isto é, de práxis (Ética a Nicômaco, VI, 3). Essas duas disposições, criação e ação, se envolvem com “coisas suscetíveis de serem de outro modo”, diz ele.

Pois bem, essa disposição criativa acompanhada de razão, que Aristóteles chama de arte, é o que podemos fazer de poesia, de uma experiência do humano, a função da técnica psicanalítica para essa *classe de pacientes psíquicos* como nos dizia Freud (1976).

Desinventar objetos. O pente por exemplo. Dar ao pente funções de não pentear. Até que ele fique à disposição de ser uma begônia. Ou uma gravanha. Usar algumas palavras que ainda não tenham idioma.

Repetir repetir – até ficar diferente.

Repetir é um dom de estilo

(Manoel de Barros)

Referências

AB'SABER, T. A. M. **O sonhar restaurado**: origens e limites de sonhos em Bion, Winnicott e Freud. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ALTOÉ, S. **Sujeito do direito sujeito do desejo**. direito e psicanálise. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

ALTOÉ, S. **Sujeito do direito sujeito do desejo**: direito e psicanálise. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

FREUD, S. **Esboço de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Psicológicas completas, v. 23).

FREUD, S. **O estranho**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Obras Psicológicas completas, v. 17).

MANNONI, M. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

ROLNIK, S. Os mapas movediços de Öyvind Fahlström. *In*: ÖYVIND FAHLSTRÖM. Another Space for Painting. **Catálogo da retrospectiva da obra de Öyvind Fahlström**. Barcelona, Espanha: Actar/Baltic/Museu d'Art Contemporani de Barcelona - MACBA, 2000. p. 333-41.

ROSA, M. D. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. **Textura — Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 2, p. 42-7, 2002.

ZYGOURIS, R. Sobreviver Ainda. **Textura — Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 4, p. 39-43, 2004.

10

A experiência da Terapia Ocupacional no Núcleo de Saúde da UNISO

Tatiana Doval Amador

Simone de Almeida Lima

[...] mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinal ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. (Guimarães Rosa)

Introdução

Este capítulo conta a experiência da terapia ocupacional no Núcleo de Saúde da Universidade de Sorocaba (UNISO), desde a sua criação, em 2001 como Núcleo de Terapia Ocupacional, à atualidade. O propósito é apresentar aspectos históricos do serviço, a atuação do terapeuta ocupacional, bem como problematizar a inserção do serviço na comunidade.

Onde tudo começou...

O Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO

O Núcleo de Saúde da UNISO iniciou sua história em 2001, quando o Curso de Terapia Ocupacional estava prestes a formar sua primeira turma e obter o reconhecimento do Ministério da Educação, na modalidade e bacharelado.

Em março de 2001 o Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO foi inaugurado, com o objetivo de oferecer à comunidade local e municípios da região de Sorocaba um serviço gratuito de Terapia Ocupacional, em diferentes áreas, além de ampliar campos de práticas aos alunos, principalmente nos 7º e 8º períodos do curso, quando realizam o estágio profissional, conforme Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Terapia Ocupacional (2005).

Em tese, o serviço nasceu de uma posição política do colegiado, com o propósito de um conjunto de ações orientadas para oportunidades de troca de recursos e relações pessoais, entre a Universidade e a comunidade. (AMADOR, 2006).

A criação deste serviço está justificada pelos seguintes documentos: Projeto Institucional Pedagógico da UNISO, Normatização de Diretrizes Curriculares para o Curso de Terapia Ocupacional, estrutura curricular do curso que previa 1000 horas mínimas para formação em serviço.

Um dado importante citado no Projeto Institucional Pedagógico da UNISO é a participação ativa da Universidade junto à comunidade, fomentando a integração entre professores, alunos e comunidade, além da implantação de espaços específicos para as práticas profissionais. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Terapia Ocupacional (BRASIL, 2002) apontam que os Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional devem assegurar a formação de profissionais com oportunidades de “vivências em atividades profissionais para competência teórico-prático”, tornando-os aptos a atuar nos diferentes níveis de atenção em Saúde, com *diferentes grupos populacionais*.

O projeto inicial do serviço foi baseado na Reabilitação Psicossocial proposta por Saraceno (1999). Este autor propõe três grandes eixos de interven-

ção terapêutica: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Humano, Programa de Integração ao Trabalho e Programa de Atividades Relacionadas ao Habitat.

Na época de sua implantação foram propostas ações de terapia ocupacional nas seguintes áreas: Educação (Acompanhamento do Pré-Escolar, Apoio à Educação Inclusiva), Intervenção Essencial, Saúde Mental (Grupo “Espaço Criança”, Grupo “Galera Teen”, Grupo de Geração de Renda, Grupo “Só para Mulheres”), Geriatria e Gerontologia, Disfunções Sensoriais, dentre outros.

Após um ano de funcionamento, a Universidade cria o cargo de terapeuta ocupacional para atribuições técnicas, no qual um dos requisitos era ser ex-aluno do Curso. Com a contratação de um profissional terapeuta ocupacional, iniciaram-se ações assistenciais independentes das práticas de ensino. Este profissional passaria a atender a comunidade em diferentes áreas, suprimindo demandas de atendimentos não absorvidos nos programas de estágio profissional.

Valemo-nos do cenário da época na cidade de Sorocaba que contava com poucas ações de terapia ocupacional voltada à população, fato este que contribuiu para que, rapidamente, o Núcleo se tornasse referência em atendimentos de terapia ocupacional na cidade e região. Os poucos profissionais da cidade estavam concentrados nos hospitais psiquiátricos, instituições filantrópicas, clínicas particulares e equipamentos de saúde do estado (ambulatórios de especialidades).

Em 2005, a equipe profissional do Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO revê seu objetivo principal e assume seus esforços para

[...] manter um serviço de Terapia Ocupacional em diferentes níveis de atenção à saúde, ampliando as áreas de atuação na comunidade, com objetivo de melhoria da qualidade de vida da população de baixa renda do município de Sorocaba, privilegiando medidas preventivas e de educação em saúde que possibilitem uma reorganização interna e uma adaptação individual e social. (UNISO, 2005).

Nesta mesma época o terapeuta ocupacional do Núcleo passou a assumir tarefas relacionadas também ao ensino com supervisão de projetos de extensão. Este serviço escola sempre contou com o profissional terapeuta ocupacional.

Em 2010, a UNISO iniciou um novo período de gestão com a posse de uma nova Reitoria. Nesse ano a Universidade também iniciou as atividades dos seguintes cursos de graduação da área da saúde: Enfermagem e Fisioterapia.

Durante o ano de 2012, após a ampliação destes cursos e modificação na estrutura da Universidade, foi realizado o redimensionamento do “Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO”, com a ampliação do serviço escola da área da saúde, hoje denominado “Núcleo de Saúde da UNISO”, uma vez que adquiriu dimensões multidisciplinares. Nessa perspectiva, ainda em 2012, o curso de Fisioterapia, Enfermagem e Nutrição passam a desenvolver ações práticas nesse espaço.

O Núcleo de Saúde é um espaço de extensão multidisciplinar na perspectiva indissociável com o ensino e a pesquisa, que tem a finalidade de integrar as práticas de saúde à aprendizagem desenvolvida nos cursos, propiciando aos alunos a possibilidade de aprofundamento interdisciplinar, ético e profissionalizante, com atendimentos advindos do SUS, do município de Sorocaba e região.

Desde o início do funcionamento do serviço escola a relação do curso de Terapia Ocupacional com o poder público da cidade de Sorocaba, em diferentes áreas, foi de grandes embates filosóficos, e conseqüentemente a dificuldade de firmar convênios necessários.

Após várias tentativas frustradas de parceria com a prefeitura de Sorocaba, em 2014, o Núcleo de Saúde firma convênio com a Secretaria de Saúde do município de Votorantim, cidade vizinha, localizada na região do campus Cidade Universitária da UNISO. Essa parceria consiste em um acordo em que a prefeitura de Votorantim cede o espaço físico para que a Universidade ofereça assistência especializada à população.

Os Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos estão em concordância com as diretrizes curriculares estabelecidas pelo Ministério da Educação e têm como proposta, o desenvolvimento de atividades com a comunidade, de acordo com sua vocação específica, e mantendo a coerência com os princípios e diretrizes do SUS. Contemplam as dimensões do ensino, da pesquisa e da extensão, sendo que para esta última modalidade oferece atendimentos gratuitos à população. Nesse espaço, os alunos desenvolvem práticas de saúde desde os períodos iniciais dos cursos, a partir de visitas supervisionadas

até a realização de atividades profissionais específicas, como no estágio de final de curso. Inseridos nessas atividades, os acadêmicos têm asseguradas as competências teórico-práticas para desenvolver atividades profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como com diferentes grupos populacionais e nos campos necessários à sua formação.

As ações que envolvem docentes e discentes são desenvolvidas seguindo o calendário da UNISO e obedecem à rotina universitária, no entanto, os projetos desenvolvidos pelos profissionais (uma Terapeuta Ocupacional, uma Fisioterapeuta, uma Nutricionista e uma Enfermeira) do serviço mantêm a rotina, inclusive nos períodos de férias e recesso escolar, tendo também como atribuição as funções de atuar como profissional de sua Área, para o atendimento dos usuários; orientar, supervisionar e avaliar o acadêmico e o estagiário na área específica, de acordo com o Projeto Pedagógico de cada Curso; criar estratégias para manutenção do vínculo do usuário com o serviço, principalmente nos períodos de férias acadêmicas; colaborar com a dinâmica e organização do serviço, dentre outros.

Quanto aos funcionários administrativos é objetivo atender as solicitações dos professores, alunos e usuários do Núcleo; realizar o cadastro inicial dos usuários quando chegam ao Núcleo, assim como arquivar a documentação clínica e registros dos usuários, bem como manter a ordem dos arquivos, facilitando assim o seu controle; organizar, por ordem de procura, os casos a serem avaliados nos programas de atendimento; e quando solicitado pelos professores, o agendamento e o contato dos usuários; elaborar, mensalmente, o relatório de produtividade do Núcleo de Saúde (todas as áreas de atuação), e quando solicitado apresentar relatório semestral utilizando gráficos demonstrativos; realizar a listagem dos materiais disponíveis para uso terapêutico e administrativo, mantendo o controle do estoque; conferir a organização das salas e dos materiais utilizados; e solicitar quando necessário a manutenção de equipamentos.

De um modo geral, os atendimentos são realizados pelos estagiários do último ano dos cursos da saúde da UNISO, sob supervisão direta de professores, a partir da apropriação de referencial teórico, embasando o processo da articulação teórico-prática, numa perspectiva dialética que considere as características clínicas da clientela e os determinantes políticos, sociais e culturais.

Além dos atendimentos, os estagiários participam de reuniões externas com outros serviços, seja para discussão de casos ou redimensionamento das ações de acordo com as necessidades dos casos atendidos.

O objetivo geral do Núcleo de Saúde da UNISO consiste em manter um serviço de atendimento em diferentes níveis de atenção à saúde, ampliando as áreas de atuação na comunidade, com objetivo de melhoria da qualidade de vida da população de baixa renda da comunidade, privilegiando medidas preventivas e de educação em saúde que possibilitem uma reorganização interna e uma adaptação individual e social.

São os objetivos específicos:

- Formar profissionais de saúde generalistas, críticos e reflexivos que compreendam o homem em sua complexidade biopsicosocioespiritual e em sua interação com o meio ambiente, implementando medidas que atendam às reais necessidades básicas do ser humano.
- Fomentar o prazer, o compromisso e a responsabilidade com a construção do conhecimento da vida e da saúde.
- Valorizar os códigos éticos, políticos e normativos das profissões como eixos norteadores da prática profissional.
- Estimular a participação efetiva dos alunos, futuros profissionais, nas organizações sociais e demais entidades, fortalecendo a sua competência técnico-científica, ético-política, social e educativa.
- Fortalecer o reconhecimento do futuro profissional como agente transformador do processo de trabalho, procurando contribuir no aperfeiçoamento das dinâmicas institucionais, observando os princípios éticos, políticos e humanísticos.
- Exercitar as práticas e a compreensão da convivência humana, na ambiência do exercício profissional de saúde.
- Promover a atenção à saúde em diferentes níveis (primário, secundário e terciário), possibilitando medidas preventivas e educacionais não a uma dada pessoa, mas a população como um todo, assim como,

diminuir as consequências de um distúrbio ou doença já instaladas e minimizar os efeitos dele, após sua instalação.

- Atuar em equipes multiprofissionais destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar atividades na área da saúde, proporcionando aos alunos uma visão interdisciplinar que reflita no processo diagnóstico-tratamento-orientação, favorecendo a incorporação da concepção unitária do ser humano
- Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Atualmente, o Núcleo de Saúde encontra-se em parceria com a Prefeitura de Votorantim, alocado na Avenida São João, 867 – Pq. Bela Vista, para a prática multidisciplinar de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Enfermagem. Os atendimentos são feitos sob recomendação das Unidades Básicas de Saúde (SUS) e dos médicos da região.

As intervenções são desenvolvidas em níveis como na formação do aluno/estagiário, proporcionando reflexões quanto as reais necessidades da clientela e na manutenção de um serviço com caráter preventivo.

O eixo de intervenção em Terapia Ocupacional compõe:

- Ação em Saúde Mental: mantém atendimentos a crianças, adultos e adolescentes com queixas na organização do cotidiano e nas relações interpessoais e intrapessoais, bem como seus familiares/cuidadores. As ações são realizadas considerando as reflexões quanto à política de atenção realizada no município, e das diretrizes regulamentares do Ministério da Saúde que define o redimensionamento do modelo assistencial em saúde mental, baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica com ênfase no modelo da Reabilitação Psicossocial. Na clínica da terapia Ocupacional consideramos a Abordagem Psicodinâmica.

- **Ação em Saúde Física:** oferece assistência terapêutica a bebês e crianças com fatores de risco para o desenvolvimento, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor ou diagnóstico de patologias neuro-musculo-esqueléticas. As bases teóricas utilizadas são oriundas da perspectiva do neuro-desenvolvimento e da abordagem sócio-interacionista. Também oferece o atendimento à clientela em idade adulta que apresente disfunções motoras e/ou senso-perceptivas, com o objetivo de proporcionar ao usuário a compreensão da sua patologia, trabalhando suas potencialidades e buscando torná-los independentes em suas atividades de vida diária e prática.
- **Ação em Saúde do Idoso:** oferecido a idosos com quadros de disfunções neurológicas, demência (Doença de Alzheimer e outros tipos), distúrbios de memória e da função cerebral superior (depressão, distúrbios de ansiedade, amnésias), individualmente ou em grupo. Atende também aos cuidadores (familiares ou não) de idosos de alta dependência
- **Ação em Terapia Ocupacional Educacional - Desenvolvimento e Aprendizagem:** era destinado aos alunos que apresentavam necessidades educativas especiais, aos familiares e profissionais da escola envolvidos. A abordagem desta ação partia do reconhecimento da inter-relação entre desenvolvimento e aprendizagem, numa perspectiva histórico-cultural. Esta área de estágio finalizou a atuação em 2015, com a extinção da disciplina na matriz curricular do curso.

Os atendimentos da Fisioterapia acontecem em seis áreas de estágio: Ortopedia, Neurologia Adulto, Neurologia Infantil, Uroginecologia, Dermatofuncional e Reabilitação Cardiorrespiratória. Na Nutrição, são realizadas avaliações e orientações nutricionais para pacientes de todas as faixas etárias com: doenças crônicas, disfagia, desnutrição, obesidade, transtornos alimentares (bulimia, anorexia, compulsão alimentar etc.) e com uso de suporte nutricional enteral. A Enfermagem compõe-se pelo ambulatório de especialidades e práticas educativas em saúde, assistência ao idoso e atendimento individualizado na rede.

O serviço escola conta ainda com um Projeto de Extensão intitulado “O desempenho motor na relação entre o desenvolvimento e a aprendizagem:

avaliação e intervenção psicomotora”, com a orientação de duas docentes do Curso de Terapia Ocupacional. Este Projeto contempla um aluno bolsista, e tem por objetivo incentivar a prática da Extensão na Universidade, com a participação ativa de alunos da graduação, contribuindo para sua formação e intensificando as relações entre a universidade e a Comunidade.

É evidente o avanço na qualidade da formação do graduando quando ele realiza suas práticas num serviço multidisciplinar, uma vez que possibilita ao aluno a interface com outras áreas do conhecimento, trocas de experiências, construção de um espaço coletivo de discussão acerca das políticas públicas e papel político do profissional.

Hoje, o serviço de Terapia Ocupacional no Núcleo de Saúde da UNISO, tem em média 1.889 atendimentos/semestre, realizados por uma terapeuta ocupacional e alunos de graduação do curso. Assim, contribuindo significativamente com o status da Universidade, considerando seus três pilares: ensino, pesquisa e extensão universitária, remetendo à vocação da Universidade Comunitária que é o cuidado.

Referências

AMADOR, T. Dal. **Terapia ocupacional na educação escolar de Sorocaba**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002**. 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

UNIVERSIDADE DE SOROCABA. Curso de Terapia Ocupacional. **Projeto Político Pedagógico**. Uniso, 2005.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Te Cora Editora; Instituto Franco Basaglia, 1999.

11

Terceira Idade e Terapia Ocupacional: a interface da Universidade da Terceira Idade e o Curso de Terapia Ocupacional da UNISO

Bruneta Rey

Introdução

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno global, que se inicia com a redução das taxas de mortalidade e com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população.

No Brasil, a população idosa cresce vertiginosamente, adotando o conceito da Organização Mundial da Saúde de idoso como o indivíduo de 60 anos de idade ou mais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1920, a expectativa de vida era de apenas 35,2 anos e os idosos representavam 4,0% da população total do país. Com esse perfil, o Brasil tinha para cada 100 crianças, de 0 a 14 anos, aproximadamente 11 idosos. O índice em 2018, indica que o país tem 43,2 crianças de até 14 anos para cada 100 idosos com 65 anos ou mais. Em 2039, a projeção

aponta que o indicador vai passar de 100, o que representará mais pessoas idosas que crianças.

Esse aumento da expectativa de vida de uma população está vinculado as melhorias da qualidade de vida e redução na taxa de mortalidade, e a idade, apesar de ser condição importante, não determina a condição do indivíduo, mas sim a qualidade do tempo vivido, as condições ambientais, psíquicas, econômicas e sociais, aspectos esses importantes para superar preconceitos e atitude negativas (MORAGAS, 1997).

Embora seja uma fase previsível da vida, o processo de envelhecimento de acordo com Beauvoir (1990), é variável em tempo e espaço e sentido de forma diferente entre os indivíduos. Dessa maneira, é importante compreender que o envelhecimento se processa através das experiências individuais ao longo de sua história de vida, e varia de acordo com o contexto social, político, econômico e cultural no qual está inserido.

As alterações decorrentes do envelhecimento, tem como consequência fatores ambientais que interagem com o organismo nos aspectos biológico, alterando suas funções caracterizado por mudanças físicas e sensoriais; no aspecto psicológico relacionados as mudanças de comportamento com alterações na percepção, sentimento, ação e reação e, marcado por alterações no papel social, produzidas pelo efeito do tempo (JUNQUEIRA, 1998).

Portanto, o envelhecimento é caracterizado por uma fase de várias perdas, no processo de transformação do organismo que se reflete na totalidade de suas estruturas, nas manifestações da cognição, bem como na percepção dessas modificações. Com o avanço da idade percebe-se certo declínio em algumas capacidades cognitivas (PARENTE, 2006).

A cognição não diz respeito a um processo único, mas a um conjunto de desempenhos e comportamentos em diferentes tarefas, que emanam da atividade de um cérebro em funcionamento, revelando-se em performances e manifestações observáveis, tanto do ponto de vista qualitativo como do ponto de vista quantitativo.

O envelhecimento cognitivo diz respeito às mudanças que ocorrem nas funções cognitivas ao longo da vida, mas a noção de envelhecimento cognitivo não determina forçosamente o sentido da mudança. Segundo Salthouse (1996), o mecanismo fundamental que explica a variância relacionada com a

idade na performance, é a diminuição da velocidade de processamento com que muitas operações cognitivas são executadas.

Um outro mecanismo que tem sido proposto para explicar o envelhecimento cognitivo é o declínio da memória de trabalho, proposto por Baddeley (2000), que inclui armazéns de memória de curto prazo (de natureza visual e fonológica), processos de ensaio da informação que mantém a mesma disponível, e processos executivos que permitem trabalhar com a informação que está armazenada.

Baseado na teoria da neuroplasticidade, que permite o desenvolvimento de alterações estruturais do sistema nervoso central, a cada nova experiência do indivíduo, redes de neurônios são rearranjadas, outras tantas sinapses são reforçadas e múltiplas possibilidades de respostas ao ambiente tornam-se possíveis. (MATURANA, 1999).

Entende-se, portanto, que nessa fase da vida é preciso ir além dos aspectos relacionados ao sistema biológico, que de acordo com Cachioni (1998), há uma tendência de supervalorizar as perdas, as inabilidades, as restrições e o declínio funcional, sem vislumbrar a possibilidade de ganhos compensatórios e evolutivos. Assim, compreendendo que o envelhecimento requer a adaptação de estímulos ambientais e o desenvolver de competências que permitam manter a funcionalidade das funções cognitivas, a inserção do idoso em atividades socioculturais e educacionais, contribui como um fator de proteção das condições cognitivas.

Em relação ao papel social, produzidas pelo efeito do tempo, o idoso mantém sua rede social ou se afasta de forma definitiva, assim como, novas pessoas podem fazer parte dessa rede e outras se alternam em tempos diferentes do ciclo vital (ERBOLATO, 2002).

Frente ao avanço da idade, as relações continuam sendo importantes, quanto a referência para a própria identidade ou como fontes de apoio social ou emocional. A participação social do idoso consiste no estabelecimento de vínculos nos relacionamentos, os quais podem dividir as inquietações, propósitos e perspectivas com outros que vivem problemática similar. Dessa maneira, essas perdas podem ser compensadas por um ambiente favorável, por oportunidades de convívio social, pela tecnologia e pelos esforços dos indivíduos (NOGUEIRA, 2001).

Em relação à atenção em gerontologia, está previsto na Constituição da República Federativa do Brasil (1988), em especial os artigos 229 e 230, que versam sobre a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado no amparo à pessoa idosa, assegurando sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo seu direito à vida. Cabe destacar a Política Nacional do Idoso (Lei 8.841 de 04 de janeiro de 1994) que trata dos direitos dos idosos e competências nos cuidados aos mesmos e a Conferência Sanitária Pan-Americana de 1998, que considera como o maior desafio do milênio, manter as populações que estão envelhecendo ativas e livres de doenças e incapacidades, pelo maior tempo possível e que um envelhecimento ativo e sadio depende em grande medida de uma perspectiva de promoção da saúde.

Segundo Irigaray e Schneider (2008), em 1973 na França, surge a primeira universidade da terceira idade, tendo como objetivo modificar a imagem do idoso diante da sociedade, tirando-os do isolamento, propiciando saúde, energia e interesse pela vida. Na década de 70, as universidades da terceira idade passaram por sucessivas mudanças, e incorporaram atividades educativas voltadas a atualização de conhecimentos e inserção social e, gestão de pesquisas, com a finalidade de oferecer aos idosos, informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento. O programa universidade da terceira idade chegou na América Latina no início dos anos 80, em Montevideu (Uruguai). O primeiro programa de atendimento ao idoso, realizado em uma universidade, surgiu em 1982, na Universidade Federal de Santa Catarina, denominado de Núcleo de Estudos de Terceira Idade (NETI).

A partir dessa década, as Universidades da Terceira Idade passam a oferecer programas de educação permanente de caráter universitário e multidisciplinar, que têm como pressuposto a noção de que a atividade promove a saúde, o bem-estar psicológico e social e a cidadania das pessoas idosas.

No Brasil, a primeira experiência brasileira de educação para idosos foi implementada pelo Serviço Social do Comércio - SESC., e sua programação foi criada a partir dos programas de lazer, destinados ao preenchimento do tempo livre.

Diferentes autores, Fenalti e Schwartz (2003), Neri e Cachioni (1999), sustentam a ideia de que as universidades para a terceira idade visam através

da educação permanente, instrumentalizar o idoso a manter sua autonomia dinâmica para o convívio com as transformações que ocorrem no mundo, que podem levar a perda das referências adquiridas ao longo da vida.

Cachioni e Neri (2004) também defendem a ideia de que a educação permanente se fundamenta no reconhecimento dos valores inerentes aos idosos, dos seus direitos e de suas oportunidades, e deve ser o meio para que, independentemente da idade cronológica, a pessoa consiga manter seus níveis normais de funcionamento e de desenvolvimento.

Diante desse cenário, a Universidade de Sorocaba como instituição de nível superior, considera a importância da interação e trocas de conhecimento por ela produzido, com o saber acumulado através dos anos pelas pessoas da terceira idade. Aborda o envelhecimento no seu contexto global, tendo em vista que mais importante que a atividade em si, é o convívio e trocas de experiências com outras pessoas e a possibilidade de serem estabelecidos laços sociais consistentes e solidários.

A Universidade da Terceira Idade, como um dos programas de extensão universitária vinculado à Pró - Reitoria Acadêmica desde o início de 2010, tem uma proposta de educação permanente, dirigida a pessoas de cinquenta anos ou mais, interessadas em atualizar seus conhecimentos, redimensionar seus projetos de vida e ampliar sua rede de relações sociais.

O projeto comunitário surgiu dentro do departamento de Educação, da então Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Sorocaba, no ano de 1991, com o objetivo de atender a filosofia que norteava a implantação da UNISO no município de Sorocaba e região, de prestar serviços à comunidade.

Nesse mesmo ano, houve a elaboração do Anteprojeto contendo instrumento de pesquisa de campo, com o objetivo de conhecer o Perfil da Terceira Idade de Sorocaba e região. Em dezembro de 1991 foi aprovado o projeto pelo Departamento de Educação e Conselho Departamental da Uniso.

A coordenação do projeto ficou a cargo da Prof^a Vilma Guimarães Durelli e a assessoria com a Prof^a Dra. Vânia Regina Boschetti.

O projeto apresentou como objetivo inicial implantar a Universidade Aberta a Terceira Idade, interdisciplinar, em nível regional, oportunizando condições para a clientela desta faixa etária frequentar a Universidade, despertando o conhecimento, o estudo, a pesquisa e seu próprio engajamento na sociedade atual; buscando conscientizar os integrantes das três unidades

da Fundação Dom Aguirre, a população de Sorocaba e da região, da importância e valorização da implantação deste projeto, contando com a colaboração e esforços dos vários segmentos da sociedade como um todo.

De 1992 a 1994, o projeto passou por adaptações necessárias, sendo reelaborado e atualizado e, em 1994, com a instalação da Universidade de Sorocaba, a extensão começa a tomar nova forma, e iniciou-se através do Departamento de Educação, as primeiras atividades voltadas à Terceira Idade.

A implantação da Universidade para Terceira Idade pela Uniso, ocorreu em 16/11/95 no curso “Viver com Saúde” durante a palestra do Prof. Aldo Vannucchi, então reitor da Universidade de Sorocaba. A coordenação inicial ficou a cargo da Prof.^a Vilma Guimarães Durelli.

Em fevereiro de 1996 ocorre a implantação oficial da Universidade da Terceira Idade, com uma proposta de Educação Permanente, com a criação e elaboração dos módulos de disciplinas.

De acordo com Fernandes, Laurentino e Rodrigues (2006), nesse modelo os módulos eram temáticos e oferecidos semestralmente com duração de dois anos, e após esse prazo, havia uma formatura, e não havia mais a possibilidade de continuidade de cursos. A partir da solicitação dos alunos egressos, os cursos passam a ser oferecidos de forma contínua e semestrais, permitindo ao aluno dar sequência aos cursos desejados. Nesse novo formato, cada curso passa a ter a duração de 30 h/aulas semestrais, com aulas teóricas e práticas, realizadas uma vez por semana com duração de 2 horas cada. Os cursos oferecidos são livres e não profissionalizantes.

As autoras acima, citam Lima (2005) ao falar da Universidade da Terceira Idade da Uniso, explicitando que iniciativas como:

[...] a da Universidade de Sorocaba trazem as pessoas incluídas no grupo denominado terceira idade para convívio pleno e mostram que elas não só podem como devem viver com intensidade e fazer tudo aquilo que está ao alcance do ser humano, com responsabilidade (LIMA, 2005, p. 8-9).

A partir de 2003 até os dias atuais, a coordenação da Universidade da Terceira Idade está a cargo de docentes do colegiado do curso de Terapia Ocupacional da Uniso.

Em 2005 o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região (Crefito 12) realizou o I Fórum de Terapia Ocupacional na Atenção ao Idoso, em Belém, com o tema “EnvelheSER: ampliando caminhos para a atuação do Terapeuta Ocupacional na Atenção ao Idoso”.

O Fórum contou com a participação de Leonardo José Costa de Lima, terapeuta ocupacional, e na época docente do curso de Terapia Ocupacional e coordenador da Universidade da Terceira Idade da Uniso, que fez a conferência de abertura, com o tema: “O envelhecimento contemporâneo e desafios para as políticas públicas e Terapia Ocupacional”, no qual ressaltou a importância de se discutir a questão da formação e especialização do profissional nesta área.

De acordo com Almeida (2010), a lógica do Sistema Único de Saúde prevê a formação de recursos humanos especializados na área gerontológica, abrangendo desde a graduação até seu aprimoramento e educação continuada, constituindo importante estratégia para o enfrentamento dos desafios atuais do envelhecimento, contribuindo para o envelhecimento saudável e bem-sucedido e para garantir aos idosos seus direitos.

Entende-se que, a especialização na área forma competência profissional, quanto a compreensão das peculiaridades desta população, a intervenção e favorecimento da funcionalidade e autonomia do idoso, assim como sua permanência e participação na sociedade.

Nesse contexto, considerando que a Universidade tem como recomendação possuir cursos nas várias áreas do conhecimento, a Uniso reconheceu que os cursos da área da saúde eram pertinentes à sua missão e, em 1997 cria o curso de bacharelado em Terapia Ocupacional, com objetivo de assistir a comunidade desconhecidora, em sua maioria, das reais funções que a formação profissional o habilita a desempenhar. Em 1998, começa a funcionar o curso de graduação em Terapia Ocupacional.

A perspectiva orientadora dessa iniciativa foi a missão da Uniso enquanto universidade comunitária, que consiste em “ser uma Universidade que, através da integração ensino, pesquisa e extensão, produza conhecimentos e forme profissionais em Sorocaba e Região para serem agentes de mudanças sociais à luz de princípios cristãos”.

Segundo Neri e Freire (2000), os estudos na área de gerontologia trazem conhecimento científico para a solução de problemas que afetam pessoas e

grupos sociais, e sua prática comporta numerosas interfaces com diferentes áreas profissionais, incluindo a Terapia Ocupacional.

Carvalho e Scatolini (2003) trazem que, o terapeuta ocupacional é o profissional que busca conhecer as necessidades gerais do idoso e utiliza atividades como instrumento de trabalho, atuando em diferentes esferas sociais, nos níveis da prevenção, recuperação e adaptação do idoso.

De acordo com Lima (2005), as abordagens e intervenções da Terapia Ocupacional junto a Gerontologia, utilizando de diferentes recursos, promovem a reconstrução do cotidiano, valorização de história de vida, socialização, autonomia e a busca de um novo significado pessoal e social do envelhecimento.

No Plano pedagógico do curso de Terapia Ocupacional, consta que, do ponto de vista das políticas públicas na área da saúde, embora o discurso dos gestores municipais se volte para a garantia do desenvolvimento do modelo de atuação comunitária e preventiva, o que ainda predomina são as iniciativas assistenciais em instituições fechadas, conveniadas e privadas.

O curso de Terapia Ocupacional toma parte das políticas públicas, realizando expressivos movimentos para a construção de conhecimento e trabalhos em saúde, frente a esse esgotamento do trabalho tradicional e asilar. Nesse sentido, traça como plano político o da construção de sistemas públicos de saúde eficazes e com modelos de gestão participativa, através da reconstrução de paradigmas na linha da ampliação dos conceitos de saúde e doença, da clínica e da saúde coletiva compartilhada. Considera importante sua integração, intervenção e participação com serviços de diferentes áreas, modalidades e níveis de atenção. Nessa perspectiva, são firmados convênios com serviços públicos ou privados, ampliando os campos de ensino, pesquisa e extensão à comunidade.

A formação profissional proposta pelo curso de Terapia Ocupacional da Uniso está voltada para um perfil generalista, contemplando de forma equilibrada conhecimentos gerais nas áreas biológicas, humanas e específicas da Terapia Ocupacional, visando capacitar um profissional ético, técnico, crítico e reflexivo, atuante nos campos da saúde, educação, indústria e na esfera social e que seja um agente transformador, atento à qualidade de vida da sociedade brasileira, da comunidade regional e do município de Sorocaba.

Em 2013 o Plano pedagógico do curso de Terapia Ocupacional foi atualizado e, dentro do componente curricular específico “Terapia Ocupacional na Saúde do Idoso”, a ementa é composta por:

1. Processo de Envelhecimento Humano.
2. Memória e Envelhecimento.
3. A família e o Idoso, Aposentadoria e redimensionamento do tempo livre, a temporalidade e finitude na Terceira Idade.
4. Distúrbios Cognitivos, Funcionais e Sociais do Idoso.
5. Abordagens de prevenção, manutenção e recuperação da saúde na Terceira Idade.
6. Atividades Individuais e Grupais de Terapia Ocupacional na Terceira Idade.

Dentro das Competências e Habilidades específicas que compõem os componentes específicos da Saúde do Idoso, quanto dos componentes das Práticas e Estágio Profissionalizante em Terapia Ocupacional, as ementas e objetivos contemplam:

- Compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais.
- Explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar.
- Identificar, entender, analisar as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras.
- Realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.
- Desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações.

- Conhecer o processo saúde-doença, a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção.
- Conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social, infância e adolescência, e idoso) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo.
- Conhecer e correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional.
- Conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social.
- Conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização.
- Conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação às suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário.
- Desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão.
- Conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis.

Nessa perspectiva, as ações da Terapia Ocupacional voltadas à saúde do idoso, consideram que um processo de envelhecimento consciente e informado, que leva em conta aspectos psicossociais, culturais e biológicos do indivíduo, retarda a perda de autonomia e independência e, consequentemente, as perdas funcionais e o processo de asilamento.

As atividades grupais de cunho psicossocial e cultural desenvolvidas pelo curso promovem a melhoria de aspectos psicológicos e do comportamento dos idosos, em contraponto às principais queixas desta população que seriam: abandono, solidão, depressão e inatividade.

Os programas de atenção à Terceira Idade desenvolvidos pelo curso têm como objetivos: promover o envelhecimento ativo; preservar a funcionalidade, a autonomia e a independência do idoso; garantir a permanência do idoso dentro de sua comunidade; diminuir agravos à saúde e, consequentemente, a necessidade de intervenções clínicas e hospitalização; realizar atividades grupais de cunho educativo sobre o processo de envelhecimento bem sucedido, tanto para os idosos como para o restante da população e organizar atendimentos individuais, domiciliários e grupais na comunidade e em parceria com o Programa de Saúde da Família.

Ainda na especialidade de Gerontologia, o curso conta com os programas comunitários, ambulatoriais, domiciliários realizados nas Práticas e Estágios profissionais na comunidade, Núcleo da Saúde da Uniso e em parceria com a Universidade da Terceira Idade da Uniso. Os programas implantados levam em consideração os seguintes aspectos: que atividades comunitárias educativas, de lazer e físicas adequadas diminuem a possibilidade de agravos à saúde na Terceira Idade e promovem o envelhecimento ativo; que uma população idosa mais saudável e integrada à comunidade, além de gerar um enriquecimento cultural, diminui o impacto causado pelas doenças crônicas no sistema de saúde e diminui a ocupação de vagas em atendimentos clínicos e em leitos hospitalares.

A Universidade da Terceira Idade, mostra-se, como um campo para atividades complementares e de pesquisa para os alunos dos cursos de graduação da Uniso, envolvidos nos programas de Extensão e de Iniciação Científica.

Segundo a Fundação Seade, o município de Sorocaba apresentou em 2017, uma taxa de 26,3 % da população composta por adultos em envelhecimento, e que nos próximos anos a tendência do Município de Sorocaba, como no restante do país, é o aumento desta porcentagem, atingindo a proporção de 29.8% ou mais em 2030, quando o Brasil será o sexto país no mundo com maior número de idosos, segundo a Organização Mundial da Saúde.

As pessoas que procuram os cursos da Universidade da Terceira Idade são independentes e com potencial de autonomia, ou seja, que ainda não foram afetados de modo significativo por barreiras ou limites que inviabilizam sua participação na vida comunitária.

A proposta atual é dirigida a pessoas a partir dos cinquenta anos, alfabetizadas e interessadas em atualizar seus conhecimentos, redimensionar seus projetos de vida e ampliar sua rede de relações sociais.

Atualmente, os cursos se mantêm contínuos e semestrais, e buscam acompanhar as rápidas transformações do mundo globalizado. Todo início de semestre, são oferecidos cursos novos, abrangendo uma diversidade de áreas de conhecimento, sendo os professores doutores, mestres e especialistas.

Os cursos atualmente voltam-se para as seguintes áreas e seus componentes:

Tecnologia e informação

Nessa área, os componentes estão voltados aos dispositivos e seus principais aplicativos no cotidiano, abordando aplicativos e recursos do Smartphones, como navegação na internet, câmera fotográfica, gravação de áudio e vídeo; uso de aplicativos de edição de fotos e imagens, mensagens instantâneas e redes sociais, e Windows e Internet, voltado para o uso do computador e seus principais programas e ferramentas, manipulação de arquivos, conexão com celular para troca de arquivos, navegadores, nuvem, redes sociais e aplicativos on-line.

Idiomas

Os cursos de Espanhol, Italiano, Frances e Inglês (iniciante, básico, intermediário e avançado), se propõe a desenvolver as destrezas comunicativas, trabalhando a gramática, o vocabulário e a pronúncia, e favorecendo a capacidade de entendimento de diálogos, superando assim as fragilidades comuns em alunos adultos, buscando levar o aluno a assimilar de forma fácil e agradável, na tentativa de completar todos os níveis propostos.

Atividade de corpo

Os cursos de Dança e Alongamento, Ritmos e Alongamento, Tai Chi Chuan e Pilates Solo, desenvolvem melhoria e autonomia dos movimentos,

buscando saúde e qualidade de vida, através da melhora postural e condicionamento físico para a execução de atividades de vida diárias. Promovem a melhora da concentração, do equilíbrio, a diminuição do stress e a melhora da mobilidade articular, entre outros vários benefícios que refletem diretamente em uma maior funcionalidade e autonomia.

Saúde

Nessa área, o curso “Ginástica Cerebral” traz apresentação e prática de técnicas de estimulação cognitiva, com o intuito de possibilitar aos participantes um aperfeiçoamento de suas habilidades mentais, visando a um melhor desempenho nas atividades do cotidiano.

Programação neurolinguística

Nessa área, os cursos contemplam conceitos e práticas fundamentais da PNL, desde seus pressupostos até as técnicas mais importantes ligadas à comunicação, a aprendizados rápidos e às mudanças pessoais. Ajuda o novo praticante dessa arte a utilizá-la da melhor maneira possível para obter resultados desejados mais rápidos e mais eficazes em qualquer área da vida.

Desenvolvimento humano

Nessa área, os cursos promovem, através do estudo de diferentes autores, o conhecimento de si mesmo e do processo de crescimento e transformação pessoal, trabalhando as diversas formas de obter melhor integração de todas as partes do nosso sistema: corpo, mente e essência.

Teologia

Nessa área, os cursos têm como objetivo favorecer a compreensão dos fundamentos da experiência da fé e da espiritualidade, sem caráter

confessional, destinado a gerar, através do estudo da Teologia como Ciência da Alma Humana, conhecimento, compreensão e reflexão sobre os temas fundamentais, como: fé, religião, espiritualidade, revelação e Deus na História da Humanidade.

Filosofia

Nessa área, os diferentes temas oferecidos promovem reflexão sobre a condição humana, mais especificamente da velhice a partir das problematizações históricas e filosóficas, no intuito de lançar questões sobre as condições de vivência e as práticas sociais relativas a essa etapa da vida, desenvolvendo o senso crítico e suscitar a ação em torno das questões envolvidas, consideradas urgentes dentro do panorama social da atualidade.

Artes

Nessa área, o curso de Atualidades aborda temas fomentados pela imprensa que, demandam análise social, econômica e histórica. Assuntos como globalização, comunicação digital, e novos mecanismos de entretenimento, geram reflexão com objetivo de ganhar mais volume e densidade no entendimento.

O curso de Fotografia Digital proporciona o aprendizado da fotografia, por meio de conhecimentos da câmera fotográfica e apresentação de técnicas possíveis a todos os modelos de equipamentos fotográficos, com aulas sobre conceito fotográfico, aulas práticas, produção de imagens e impressão; aprimorando técnicas, através de aulas em sala e práticas externas, buscando despertar nos alunos novas referências com novos repertórios, estimulando a criatividade fotográfica, sempre tendo em vista o prazer de realizar boas fotografias.

Outro curso que compõem essa área, o Canto Coral que vai além das questões musicais e converte-se numa atividade que envolve a Sociologia, a Musicoterapia, a Psicologia, a Antropologia, a Fonoaudiologia e outras ciências afins. O desenvolvimento do canto coletivo garante uma qualidade de vida tanto do aspecto social, trato vocal, memória e iniciação musical, quanto na formação estético- artística.

Ainda nessa área, o curso de Teatro, que consiste em aulas práticas com comentários do professor sobre aspectos técnicos nos âmbitos de interpretação e encenação. As cenas são criadas pelos atores, com roteiro pré-estabelecido e combinados com o grupo, para preparação de cenas para apresentações.

“Há alguns anos nos tomaram pelas mãos, nos levaram ao Olimpo e nos apresentaram a seus deuses. E nessa morada fizemos peregrinações constantes em busca de conhecimentos. Mas o tempo se esvai... e quando nos demos conta éramos nós quem introduzíamos nossos filhos à magia dos saberes. Da infância à idade adulta percorremos um caminho pautado por acertos e erros onde Atena nos impelia a tomar como lições aprendidas. Mas Kronos nos apresenta de forma inexorável as marcas deixadas pelo caminho percorrido - a fantasia da juventude dá lugar a um aconchego também mágico que nos habita: a tolerância, o silêncio, a espera, o saber mudar aquilo que podemos ... E mudamos para um jeito novo de envelhecer, inspirados que somos por Atena, a buscar nesse novo Olimpo, a Uniso, os saberes que seus deuses, os professores, aqui os distribuem. Somos gratos a essa Universidade, por permitir nosso acesso a ela através dos seus cursos de extensão e gratos aos competentes professores que nela atuam. Afinal, não somos todos deuses e heróis de nossa história?”

(Ivone Gagliardo, aluna da Universidade da Terceira Idade, desde 2010).

Referências

ALMEIDA, M. H. M. Reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional para atuação com pessoas idosas em distintas modalidades de atenção: contribuições de egressos da USP-SP. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago. 2010.

BADDELEY A. D. Working memory: the interface between memory and cognition (292-304). In: GAZZANIGA, Michael (ed.). **Cognitive neuroscience: a reader**. Oxford: Blackwell Publishers, 2000.

BEAUVOIR S. **A velhice**: realidade incômoda. 2. ed. São Paulo: DIFEL, 1990.

CACHIONI, M.; NERI, A. L. **Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade**. Campinas: Papirus. 2004.

CACHIONI, M. **Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade**: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP>. Acesso em: 10 ago. de 2018.

CARVALHO, A. F. C. T.; SCATOLINI, H. M. M. N. Terapia ocupacional: na complexidade do sujeito. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 211 -2016, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/10.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ERBOLATO, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. *In*: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FENALTI, R. de C. de S.; SCHWARTZ, G. M. Universidade Aberta à Terceira Idade e a Perspectiva de Ressignificação do Lazer. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 17, n. 2, jul./dez., 2003.

FERNANDES, C. C.; LAURENTINO, D. F. P.; RODRIGUES, K. F. **Universidade da Terceira Idade**: uma possibilidade de atuação para a Terapia Ocupacional em educação permanente. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2006.

FÓRUM de Terapia Ocupacional na Atenção ao Idoso. 2005. Disponível em: <http://crefito12.org.br/i-forum-de-terapia-ocupacional-na-atencao-ao-idoso-e-realizado-com-sucesso-em-belem>. Acesso em: 20 jun. 2018.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Participação de idosas em uma universidade da terceira idade: motivos e mudanças ocorridas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 211-216, 2008.

JUNQUEIRA, E. D. S. **Velho, e, por que não?** Bauru: EDUSC, 1998. (Cadernos de Divulgação Cultural).

LIMA, J. C. **A arte de viver e envelhecer com qualidade:** interfaces da Terapia Ocupacional, atividades artísticas e gerontologia. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social:** envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Velhice bem-sucedida e educação.** Papyrus, 1999.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papyrus, 2000.

NOGUEIRA, E. J. **Rede de relações sociais:** um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, 2001.

PARENTE, M. **Cognição e envelhecimento.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

SALTHOUSE, T.A. The processing-speed theory of adult age differences in cognition. **Psychological Review**, Oxford, n. 103, p. 403-428, 1996.

12

A residência multiprofissional em saúde mental e o Terapeuta Ocupacional

Ana Flávia Guimarães Moura

Terapia ocupacional e os programas de residência

A formação em serviço para terapeutas ocupacionais é realizada há várias décadas em nosso País, sendo que a modalidade de residência em saúde e multiprofissional é a mais recente, regulamentada em 2005.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005).

Essa modalidade de formação pós-graduada articula ensino, serviço e comunidade. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde visam a uma mudança na formação dos profissionais e partem de um conceito ampliado do processo saúde-doença.

A inserção de terapeutas ocupacionais em programas de residência deu-se nas áreas de saúde mental, saúde integral, saúde coletiva, contextos hospitalares, saúde da família e comunitária (LOPES *et al.*, 2008).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Sorocaba iniciou-se em 2014, a qual, através de iniciativa conjunta da Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba como instituição executora, em parceria com a Universidade de Sorocaba como instituição formadora, numa proposta de inserção do residente na constituição e implantação da rede de atenção psicossocial do município (DINIZ; PINHO; VEIGA, 2016) a última turma dessa parceira foi em 2016.

As experiências e construções apresentadas a seguir referem-se à atuação e contribuição dos residentes terapeutas ocupacionais inseridos nesse programa (com ênfase nas contribuições da atenção básica, devido todos residentes terem passado por esse campo de prática).

Terapia Ocupacional e sua inserção na atenção básica

A portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica - e que também estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) - considera as unidades de atenção básica como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e que segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, estabelece que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2012). Com isso, a atenção básica deve executar certas atribuições, e se caracteriza:

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

A partir disso, nos últimos anos, observou-se a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cenário brasileiro, tendo como objetivo de construir uma nova perspectiva em relação à Atenção Básica à Saúde, por meio de novas práticas assistenciais; rompimento com práticas convencionais de saúde a fim de gerar uma maior interação e respeito entre os profissionais e a população atendida.

A operacionalização da ESF acontece por meio de equipes multiprofissionais que atendem em unidades de saúde (LINARD *et al.*, 2011) e que estabelecem vínculo entre os profissionais e a população. Esse vínculo é responsável pelo reordenamento do modelo de atenção e das práticas de saúde, permitindo que haja maior interação e, conseqüentemente, melhores resultados (COSTA; MIRANDA, 2008).

A Atenção Básica à Saúde compreende um conjunto de ações individuais e coletivas para prevenção e promoção da saúde dos usuários. A Terapia Ocupacional (TO), nesse contexto, atua no favorecimento da participação social de indivíduos e famílias na comunidade, com foco em seus projetos de vida e nas ocupações que lhes sejam significativas (CABRAL; BREGALDA, 2017).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 154 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, inclusive de terapia ocupacional, para atuar em

conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com o intuito de ampliar o escopo e a resolutividade de atenção aos usuários.

Para Nunes (2009), a terapia ocupacional na Atenção Básica à Saúde prioriza os contextos de vida dos indivíduos assistidos em suas intervenções. Sua inserção na ESF se dá por meio do desenvolvimento de ações na comunidade, domicílio e, primordialmente, nos dispositivos comunitários e sociais, o que colabora para a ampliação da promoção de saúde além dos limites físicos e institucionais.

O profissional da terapia ocupacional exerce seu trabalho na Atenção Básica à Saúde respeitando os propósitos dos serviços de saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), delineados na forma de conhecimento do território e suas características, tais como espaço físico, mapas territoriais, conhecimento dos bairros e seus equipamentos físicos, sociais e culturais, das lideranças locais, das dificuldades e potencialidades, problemas socioeconômicos e, por fim, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e suas equipes (MORAES; BEZERRA; CAMURÇA, 2006).

A vivência da Terapia Ocupacional nos cenários de prática da Residência em Saúde Mental

Sabendo-se que a Terapia Ocupacional é uma profissão que integra a área de saúde, que proporciona aos indivíduos assistidos a possibilidade de tornar a vida com mais sentido por meio da realização de atividades significativas, estruturadas num cotidiano saudável e funcional, é possível visualizá-la em várias áreas de atuação na saúde, educação e também em ações sociais.

Na saúde mental não seria diferente, pois a terapia ocupacional é uma grande potencializadora de aquisição de hábitos de vida mais saudáveis, transformações comportamentais e melhor qualidade de vida, assim como se preconiza a atuação do Terapeuta Ocupacional:

A Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e intervenção em saúde, em educação e na ação social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e a autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresen-

tam, temporária ou definitivamente, dificuldades de inserção e participação na vida social (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002, p. 366).

A Residência desenvolveu-se sob a forma de educação em serviço e ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial Adulto III - coordenado por uma organização social (OS), Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas III- gestão municipal, Enfermaria Psiquiátrica da Santa Casa e Hospital Psiquiátrica Vera Cruz em processo de desinstitucionalização que em março de 2018 encerra-se seu funcionamento (ATO SOLENE..., 2018).

Nesses diferentes cenários de prática foi possível despertar nos residentes incluindo os terapeutas ocupacionais ali inseridos, uma oportunidade de entender o percurso da pessoa com sofrimento psíquico na rede de atenção psicossocial (RAPS) do município de Sorocaba. Alguns cenários, com o olhar mais direcionado ao tratamento em surto, outros mais voltados à prevenção e acompanhamento mais perto da moradia do paciente e sua comunidade.

Nos cenários de prática distribuídos pela atenção básica foi possível perceber junto aos residentes, pessoas com restrito repertório de atividades que proporcionassem mais vivências saudáveis; grande número de pessoas que realizavam atividades estressantes, adoecedoras, sem significado pessoal e com pouca diversidade enquanto realização de suas atividades laborais. Muitas pessoas desenvolviam poucas habilidades por conta das desigualdades de acesso às oportunidades, ao passo que outras apresentavam limitada autonomia e possibilidades de lazer, com cotidianos empobrecidos e em situação de restrição ocupacional.

Vale notar que tais pessoas, na maioria das vezes, não apresentavam patologias instaladas, mas sim limitações sociais que as colocavam em situação de risco ocupacional e vulnerabilidade.

Tais limitações eram consequência da ausência de justiça ocupacional, a qual garante que as pessoas sejam asseguradas da oportunidade quanto a total participação naquelas ocupações nas quais elas escolheram se engajar (CHRISTIANSEN; TOWNSEND, 2004; GALVAAN, 2006).

Além disso, se encontrou indivíduos com limitações funcionais e ocupacionais já instaladas e que também necessitavam da intervenção profissional, como transtornos mentais; sofrimento psíquico; com dificuldade de aprendizagem; idosos com vulnerabilidades sociais e mentais, entre outras.

No contexto da Atenção Básica, tais demandas apareceram imersas nas comunidades e foram identificadas a partir de um olhar ampliado que envolve a compreensão comunitária e exige intervenções diferentes das antes tradicionalmente realizadas, sendo então os residentes ali inseridos protagonistas em promover um novo olhar. Com isso, o foco do terapeuta ocupacional é deslocado da díade homem-ocupação para uma infinidade de relações que interferem no fazer e na saúde desse indivíduo. Sendo então esse profissional um potente mobilizador de novas práticas em saúde.

Os terapeutas ocupacionais que ali estiveram, investiram na criação e/ou fortalecimento de grupos em todos locais de atuação que passaram na residência, onde na atenção básica, atividades coletivas aumentaram o acesso da população a cuidados mais próximos e contínuos. Os diversos grupos proporcionaram à comunidade reflexões sobre as problemáticas vivenciadas; expressão verbal e não verbal; aumento de repertório de atividades, melhora do uso de estratégias para resolução de conflitos internos; autoconhecimento e autocuidado; processo de conhecimento e reconhecimento da saúde e doenças (corresponsabilidade no tratamento); mudanças de hábitos; prevenção de agravos; trocas e compartilhamento de experiências; lazer; interação social e criação de vínculos, entre outros.

Nas práticas desenvolvidas para favorecer a prevenção, tratamento, adaptação e reabilitação de pessoas que antes não tinham a oportunidade de receber atendimentos tão específicos, percebemos que a intervenção da Terapia Ocupacional se tornou um diferencial no contexto de inserção, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS.

Para essas atuações, os terapeutas ocupacionais utilizaram tanto recursos internos (dos sujeitos) quanto externos (do coletivo, da comunidade ou das redes) para modificar as situações problema que encontraram, buscando proporcionar condições de saúde e bem-estar. Com isso, foi possível compreender que todas as dimensões de um cotidiano saudável, independente e autônomo, no âmbito das Atividades de Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, atividades de lazer, trabalho, atividade sexual, comunitárias são influenciadas pelos determinantes sociais de saúde do contexto daquelas pessoas que ali vivem. Sendo que os determinantes sociais da saúde são definidos como as características sociais dentro das quais a vida transcorre ou como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (TARLOV,

1996). No Brasil, essa definição foi ampliada pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), englobando:

Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, 2007).

Outro ponto em que os residentes Terapeutas Ocupacionais e de suas equipes multiprofissionais puderam contribuir foi na criação de espaços de troca e educação permanente com os profissionais de saúde que estavam pelo cenário (através de conversas na própria reunião de equipe, matriciamentos, promovendo ações coletivas, etc).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2001) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) estimam que 80% dos sujeitos com sofrimento mental encaminhados aos serviços de saúde mental, não apresentam, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de um cuidado especializado, ou seja, esses casos poderiam ser acolhidos pela Atenção Básica.

Diante disso o Apoio Matricial, que naquele momento tiveram os residentes como protagonistas, tem se estabelecido como ferramenta importante na interlocução da Saúde Mental com a Atenção Básica, visando a oferecer a necessária retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico a equipes de referências da Atenção Básica (CAMPOS; DOMITT, 2007). A ideia central foi compartilhar situações encontradas no território, em uma atitude de corresponsabilização pelos casos que se realizaram por meio de supervisões clínicas e de intervenções conjuntas.

Com isso foi possível perceber que esses profissionais de saúde, principalmente da atenção básica com pouca vivência de atendimento de paciente com aspectos em saúde mental (já que a prática do serviço até então era encaminhar), puderam gradativamente desmitificar o paciente com sofrimento psíquico do estereótipo da loucura. Apesar do conhecimento sobre as doenças mentais terem se democratizado e universalizado, deixando de serem percebidas como uma exceção para algo que pode acontecer e pertencer a todos a qualquer momento (SHORTER, 2001), elas permanecem ainda associadas a estereótipos negativos (como agressividade, incurabilidade e perigosidade), fatores que causam o afastamento preconceito, discriminação e, conseqüentemente, a exclusão social.

Considerações finais

Os benefícios em caos empíricos evidenciam, dessa forma, a necessidade de formação de profissionais com o olhar mais ampliado sobre a responsabilidade social e compreendendo cada vez mais os condicionantes de saúde.

Desta forma, a experiência da Residência de Saúde Mental demonstrou todo seu potencial transformador na formação de profissionais de saúde qualificados para uma atuação coerente, responsável e compatível com os princípios e a ética sanitária orientadora da Reforma Psiquiátrica e consequentemente, do Sistema Único de Saúde.

Pode-se inferir que a estruturação e a proposta pedagógica que a residência propõe de articulação entre ensino, serviço e comunidade, é enriquecedora para todos os envolvidos. O ensino contribui na formação e capacitação de profissionais para uma atuação coerente com o modelo assistencial de saúde proposto. O serviço possibilita aos residentes vivenciarem o trabalho e os contextos desse cenário de prática, auxiliando na formação integral destes profissionais e também na organização/processos de trabalho dos serviços. Já a vivência em comunidade permite a aquisição de novos conhecimentos, o preenchimento de lacunas existentes na formação em virtude de currículos ainda pautados no modelo biologicista e a melhoria da qualidade no atendimento ao cidadão usuário do sistema de saúde. Tal tríade articula-se influenciando e sendo influenciada uma pelas outras (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Os residentes, incluindo os terapeutas ocupacionais, ao vivenciarem a prática cotidiana dos serviços de saúde são despertados para os princípios de responsabilidade, da ética, do humanismo, da corresponsabilidade nas ações de saúde (ao despertar ideias de melhorias aos profissionais ali inseridos: auxiliando desde planejamento a execução) e da importância do estabelecimento do vínculo, necessários para uma atuação profissional comprometida com as questões sociais da realidade brasileira.

Assim, a oportunidade de ampliar o conhecimento na prática de serviços de saúde, possibilita aos terapeutas ocupacionais muitas transformações: na realidade que se opera no cotidiano de trabalho e também na sua própria prática diante desse novo contexto.

Referências

ATO SOLENE marca hoje o fechamento do Vera Cruz. 2018. Disponível em: [https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/866222ato-solene-marca-hoje-o-fechamento-do-vera-cruz#:~:text=O%20Hospital%20Psiqui%C3%A1trico%20Vera%20Cruz,nesta%2Dfeira%20\(06\)](https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/866222ato-solene-marca-hoje-o-fechamento-do-vera-cruz#:~:text=O%20Hospital%20Psiqui%C3%A1trico%20Vera%20Cruz,nesta%2Dfeira%20(06).). Acesso em: 16 ago. 2020.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES R. E. Terapia ocupacional social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 95-103, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312007000100006>. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. **Lei N.11.129, de 30 de junho de 2005**. Instituiu o Programa Nacional de Inclusões de Jovens-ProJovem. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 15 mar.2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

CABRAL, L. R. S.; BREGALDA, M. M. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 179-189, 2017.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em

saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acesso em: 12 fev. 2019.

COSTA, R. K.; MIRANDA, F. A. o enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 9, n. 2, abr./jun., p. 120-128, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5048>. Acesso em: 18 fev. 2019.

CHRISTIANSEN, C. H.; TOWNSEND, E. A. (Ed.). **Introduction to occupation: the art and science of living**. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2004.

DINIZ, D. G.; PINHO, L. M. G.; VEIGA, O. N. O processo de desinstitucionalização na região de Sorocaba-SP no contexto do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. *In*: ROSA, S. D.; VASCONCELOS, E. M. A; ROSA-CASTRO, R. M. (orgs.). **Formação profissional em saúde mental: experiências, desafios e contribuições da residência multiprofissional em saúde**. Curitiba: CRV, 2016. p. 141-150.

GALVAAN, R. Relatos de trabajadoras domésticas. *In*: KRONENBERG, F. *et al.* **Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes**. Madrid: Médica Panamericana, 2006. p. 404-414.

LOPES, R. E. *et al.* Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional: refletindo sobre os processos de formação acadêmica e profissional, 11. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 159-166, set./ dez. 2008.

MORAES, B. M.; BEZERRA, T. C. C.; CAMURÇA, C. E. S. **Construindo caminhos para (re) significação do cotidiano dos indivíduos: Desafios e possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional no Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família do município de Sobral – CE**, 2006. (Mimeo).

LINARD, A. G. et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 114-120, 2011.

NUNES, E. F. S. Novas perspectivas no cotidiano do TO na rede básica de saúde. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2009, Fortaleza. **Anais** [...]. Fortaleza: Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Ceará, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

SHORTER, E. **Uma história da psiquiatria**: da era do manicômio à idade do prozac. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

TARLOV, A. Social determinants of health: the sociobiological translation. *In*: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKSINSON, R. (eds.). **Health and social organization**. London: Routledge, 1996. p. 71-93.

TEIXEIRA, M. T. B. et al. Residência em Saúde da família da UFJF: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. *In*: RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

13

O projeto de extensão na saúde como ferramenta de aprendizagem e de mudança social

Soraya Diniz Rosa

Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos

Débora Gomes Barros

Introdução

Entre os caminhos para o desenvolvimento de uma formação acadêmica mais voltada para as necessidades locais, encontra-se a extensão universitária, por possibilitar uma comunicação com a sociedade (MANCHUR; SURIANI; CUNHA, 2013). Portanto, pode ser considerada uma via de mão dupla, por possibilitar a aproximação da academia com a comunidade para a troca de saberes, que encontrará na sociedade a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico (GARRAFA, 1989).

A Universidade de Sorocaba-Uniso foi fundada na década de 1950 com característica comunitária e tendo como objetivo a contribuição para a transformação de Sorocaba/SP e região, por meio da produção e socialização do

conhecimento. Essa missão é cumprida a partir dos eixos de uma Universidade: ensino, pesquisa e extensão (UNISO, 2019).

Por estarmos inseridos em uma Universidade com estas características, nós, docentes, temos sido estimulados a desenvolver projetos de extensão que possam então contribuir para a formação de cidadãos capazes de colaborar para uma sociedade mais justa e igualitária. Neste contexto, nasceram três projetos de extensão com o objetivo comum de aproximar os alunos com a realidade da rede de atenção em saúde mental da região de Sorocaba.

Sorocaba está situada na região sudeste do Estado de São Paulo, a 92 quilômetros de distância da capital. O município tem 1,29% de participação do PIB do Estado de São Paulo, sendo que 37,53% está relacionado à participação da indústria no total do valor adicionado (SEADE, 2011). É a cidade referência na área da saúde para uma região formada por 48 municípios, que pertencem ao Departamento Regional de Saúde (DRS XVI) (SÃO PAULO, 2015).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2011), o total de leitos SUS em sete hospitais psiquiátricos da região chegava a 2792, que correspondia a cinco vezes mais do que o preconizado pela legislação vigente (2,3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes ao invés de 0,45 leitos). O índice de mortalidade nessas instituições na região era elevado, sendo 49 anos a média da idade das pessoas internadas que morriam nesses locais e na região era de 53 anos, enquanto no restante do Estado era de 62 anos (GARCIA, 2012).

Apesar de em 2012 ter sido pactuado um Termo de Ajustamento de Conduta-TAC em que a região de Sorocaba deveria implementar uma política de desinstitucionalização, o que se observa é que a rede substitutiva ainda trabalha na lógica do controle sobre o sujeito cotidianamente, seja fechando as residências com cadeado ou impossibilitando o direito de ir e vir, como forma de castigo (ROSA; VASCONCELOS; ROSA-CASTRO, 2016). Portanto, vivenciamos um município em que ainda não superou o modelo asilar de cuidar do sofrimento psiquiátrico, reproduzindo ações manicomialis (AMARANTE, 2009; BASAGLIA, 2005; BASAGLIA, 1972; GOFFMAN, 2012; FOUCAULT, 1967, 1987).

Este estudo irá descrever as vivências realizadas por três trabalhos de extensão universitária e um estágio profissional, todos desenvolvidos na e pela

Universidade de Sorocaba - UNISO, em um formato que possibilitou a inclusão de diversas áreas profissionais: Enfermagem, Farmácia, Gastronomia, Nutrição e Terapia Ocupacional.

Os projetos que serão descritos desenvolveram as seguintes atividades na forma de oficinas: “música e arte como forma de expressão”, “cuidado corporal”, “reutilização de óleo comestível na fabricação do sabão” e “reaproveitamento integral dos alimentos”.

Os trabalhos não tiveram um público alvo específico, porém a grande maioria é constituída pelos egressos de hospitais psiquiátricos, seus acompanhantes e familiares. A proposta foi baseada no formato de centro de convivência em que há uma descentralização do cuidado dos espaços de equipamentos de saúde para o espaço da Universidade.

O interesse da junção, tanto das áreas, quanto dos trabalhos se deu por dois motivos: um cenário de precarização da saúde pública em que a institucionalização do manicômio tem sido referência para o tratamento das pessoas em sofrimento mental e a preocupação com a formação dos profissionais da saúde quanto ao entendimento do cuidado, a compreensão dessa realidade vigente e as possibilidades de atuação.

Objetivos

Relatar e discutir a importância do projeto de extensão na saúde como ferramenta de aprendizagem para a formação profissional e de mudança social.

Metodologia

Este trabalho é baseado na pesquisa etnográfica (NAKAMURA, 2011) que utilizou para isso a discussão materialista-histórica da “objetivação participante” (*l'objectivation* participante) de Bourdieu (2003). Os próprios autores, dentro das suas experiências cotidianas analisaram, a partir da observação (a compreensão e apreensão da realidade) e, em seguida transcreveram o que foi analisado retornando como suas ações no campo.

O campo de pesquisa foi a análise das oficinas do estágio e dos projetos de extensão aprovados, que ocorreram nas dependências da Universidade de Sorocaba-Uniso durante dois anos e meio (2014 a 2017), por meio das observações ocorridas em cada encontro, discussões nas reuniões e dos relatórios produzidos pelos alunos. As oficinas ocorriam três vezes por semana, sendo seus participantes os considerados oficialmente integrantes dos trabalhos, bem como os funcionários do espaço onde as oficinas aconteciam. O relato descreve a convivência de todos os envolvidos, ou seja, profissionais, estudantes e participantes da comunidade externa.

Esta pesquisa foi submetida e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Uniso, CAAE: 68835717.8.0000.5500.

Resultados e Discussão

O primeiro contato entre professores, alunos e a equipe da Organização Social (OS), responsável pelos serviços que compunham a rede substitutiva na qual faríamos a parceria, deu-se com o objetivo da apresentação dos projetos, a divisão de tarefas e a verificação de quais e quantos pacientes seriam participantes das oficinas. Em seguida, os alunos tiveram a oportunidade de realizar visitas ao Centro de Atenção Psicossocial-Caps e ao Serviço Residencial Terapêutico-SRT, para terem um primeiro contato com os pacientes. Após a visita fez-se uma discussão sobre a percepção dessa experiência e pode-se constatar que os alunos, antes de chegar ao local, sentiram um misto de receio e ansiedade devido ao conceito que tinham previamente sobre loucura.

Uma pesquisa realizada por Frayze-Pereira em 1994, com alunos universitários e pré-universitários da cidade de São Paulo, constata que um dos entendimentos que estes jovens têm sobre a loucura é que se trata de uma doença do cérebro em que uma pessoa passa a agir descontroladamente de forma agressiva, não sabendo mais distinguir a realidade dos seus devaneios. A loucura é concebida como um defeito da natureza humana e ser louco significa ser “des-humanizado”, “des-culturado”. Este conceito talvez possa justificar os sentimentos descritos pelo grupo de alunos que estavam sob a nossa orientação.

Paradoxalmente, a alegria foi a tônica do encontro inicial na Universidade para os pacientes que vieram para as oficinas, principalmente para aqueles com história de internação em manicômio. A possibilidade de estar em um espaço, além daqueles considerados tradicionalmente como responsável pelo cuidado na saúde, era uma grande novidade.

Os projetos seguem a linha de compressão de modificar antigas práticas terapêuticas substituindo-as por espaços que permitem a atuação de profissionais e alunos de diversas áreas que não seguem uma linha teórica específica, mas com o compromisso de propiciar aos pacientes uma diversidade de experiências sociais e ocupacionais. Portanto, partiu-se de intervenções que exigem que se “pense para fora” da instituição, ou melhor dizendo, nesses processos em que intencionamos fomentar trânsitos, movimentos e passagens diversas dos sujeitos por outros circuitos sociais (GALLETTI, 2004).

A possibilidade de nós, docentes, propiciarmos momentos que discutissem, a partir da vivência, um tema tão premente em nosso dia a dia como é a saúde mental, principalmente pela realidade do município de Sorocaba, nos enchia de motivação e ao mesmo tempo um sentimento de angústia por não termos certeza de quanto conseguiríamos avançar na proposta de mudança do olhar do aluno frente a essa temática. Também nos interrogávamos quanto que os projetos seriam capazes de promover nos pacientes a sensação de pertencimento de outro lugar social, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida. Pelo relato de uma das alunas pode-se constatar quão rica foi a experiência.

“A minha participação no projeto me proporcionou uma bagagem de conhecimento imensurável. O retorno que tive dos participantes me incentivaram a buscar novos meios de entretê-los sem fugir do tema. Aprendi principalmente como lidar com diferentes perfis, sejam estes desde um paciente psiquiátrico até uma pessoa que se encontrava na oficina apenas para distração e pelo conhecimento, onde pude ensinar e aprender ao mesmo tempo.” (A1).

Pode-se perceber, portanto, que durante o processo essa experiência foi de fundamental importância na mudança do olhar do aluno sobre a loucura, na medida em que tomaram consciência de já estarmos relativamente habituados ao fato de que todos os fenômenos ocorrem com todos, porém o que nos diferencia é a intensidade e a frequência das emoções, como bem cita Fabio Landa (1988).

Acreditamos que conseguimos melhorar o cotidiano dos participantes dos projetos, fato este observado pelos alunos durante as oficinas.

"A cada oficina ficava visível o aumento do envolvimento e satisfação das pessoas. Muitas vezes contavam seus dilemas, anseios e realizações, tornando as oficinas além da prática, um momento de diálogo e criação de vínculo." (A2).

"O grupo teve a oportunidade de encontrar entre si uma amizade, um meio de se comunicarem sobre diversos assuntos do dia a dia, onde todos, sem exceção, puderam integrar e se ajudarem de uma forma natural, causada pela convivência, pelo interesse em aprender e principalmente por conseguirem perceber as limitações que o próximo apresentava." (A3).

Os projetos propiciaram o preenchimento de um espaço que aparentemente era feito apenas por pessoas vinculadas a universidade. A partir de então, o trânsito daqueles que não comumente transitavam por esse meio provocou uma mudança de percepção naqueles que já pertenciam ao lugar, bem como "ao estranho no ninho". Essa mudança no transitar possibilitou uma mudança referente ao preconceito e estigma que ronda os indivíduos rotulados de pacientes psiquiátricos, bem como a análise da possibilidade de estarmos no caminho certo quanto à proposta de mudança na forma do cuidado e formação profissional.

Considerações finais

Como pode ser demonstrado pelos resultados descritos, é de fundamental importância a realização de intervenções para além dos espaços institucionais

de saúde. Estes projetos de extensão na área da saúde foram ferramentas de aprendizagem para mudança de conceitos e pré-conceitos quanto à saúde, cuidado em saúde, ocupação de espaço universitário e relação ensino-aprendizagem. Acredita-se que foi possível influenciar positivamente na formação profissional dos alunos envolvidos tornando-os mais conscientes do papel da humanização, trabalho em grupo, responsabilidade social e diversas formas de intervenções na área do cuidado.

Concluiu-se, também, que envolver aluno com a comunidade é uma via de mão dupla, pois ao mesmo tempo em que ele mudou, também provocou uma mudança nos demais envolvidos. Acredita-se que tenhamos conseguido alcançar melhorias quanto à autonomia e socialização de todos os participantes dos projetos.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Superar el manicomio: salud mental y atencion psicosocial**. Buenos Aires: Topia Editorial, 2009.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, F. **La institucion negada**. Informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Barral Editores, 1972.

BOURDIEU, P. Participative Objectivation. **Proceedings of Social Science Research**, v. 5, n. 150, p. 43-58, 2003.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE-CNES. 2011. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 7 ago. 2018.

FRAZY-PEREIRA, J. A. **O que é loucura**. Uma questão problemática. São Paulo: Brasiliense, 1994.

FOUCAULT, M. **Historia de la locura en la época clásica**. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1967.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GALLETTI, M C. **Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Novas práticas: desertando a saúde mental**. Goiânia: Editora da UCG, 2004.

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Revista Psicologia política**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, 2012.

GARRAFA, V. (org.). **Extensão: a universidade construindo saber e cidadania: relatório de atividades 1987/1988**. Brasília: UnB, 1989.

GOFFMAN, E. **Os quadros da experiência social: uma perspectiva de análise**. Petrópolis: Vozes, 2012.

LANDA, F. Olhar-Louco. *In*: NOVAES, A. (org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. v. 1, p. 425-432.

MANCHUR, J.; SURIANI, A. L. A.; CUNHA, M. C da. A contribuição de projetos de extensão na formação profissional de graduandos de licenciaturas. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, 2013 Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>. Acesso em: 28 fev. 2018.

NAKAMURA, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-103, 2011.

ROSA, S. D.; VASCONCELOS, E. M. A.; ROSA-CASTRO, R. M. Contando a história da implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Sorocaba. *In*: ROSA, S. D.; VASCONCELOS, E. M. A.; ROSA-CASTRO, R. M (org.). **Formação Profissional em saúde: experiências, desafios e contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde**. Curitiba: CRV, 2016.

SÃO PAULO. **Municípios integrantes da DRS XVI**. Sorocaba, 2015.
Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xvi-sorocaba>. Acesso em: 7 ago. 2018.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. 2011. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/>. Acesso em: 7 ago. 2018.

UNISO - Universidade de Sorocaba. 2019. Disponível em: <http://www.uniso.br/uniso/>. Acesso em: 10 dez. 2019.

14

Caminhando contra o vento: políticas de saúde mental e a experiência do projeto Encontros Culturais

Tatiana Doval Amador

Áurea Sofia Hollanders de Sousa

Soraya Diniz Rosa

Por entre fotos e nomes
Os olhos cheios de cores
O peito cheio de amores vãos
Eu vou
Por que não, por que não.

(Caetano Veloso)

Introdução

Este capítulo relata a experiência do projeto “Encontros Culturais” desenvolvido no estágio supervisionado em saúde mental, no sétimo e oitavos períodos do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Sorocaba-UNISO, desde 2010. A proposta é apresentar os modos de formação que

propõem construir novas instituições que corroborem e defendam a saúde como uma política pública e social.

O conceito de saúde, doença, loucura e arte foi problematizado pelas autoras sob dois eixos: as concepções de doença/doença mental/loucura/tratamento e a questão da formação profissional.

O primeiro ponto a destacar se refere a ideia de doença e de cura, que a partir da ciência médica esses conceitos se tornaram patológicos. Na Idade Média as práticas de saúde não eram exercidas nos hospitais, mas nas ruas ou nas casas pelos curandeiros e cirurgiões barbeiros, reconhecidos como médicos populares que tinham o dom de curar, ou seja, de salvar o maior número de almas possível. De modo que, os homens se viam como criaturas de Deus e o sofrimento provinha de uma relação transcendental com o sagrado, ou seja, era preciso livrar-se dos pecados para conseguir a cura (FOUCAULT, 1972; GORDON, 2000).

George Rosen reconheceu que o primeiro hospital que se tem registro data de 369-372 e foi criado por São Basílio, na Capadócia. Então, concluiu que o hospital não nasceu da prática médica, mas da necessidade de acolher os pobres e desamparados através de um cuidado cristão. Porém, quando a medicina se apropriou desse espaço a anatomia patológica tornou-se base da ciência médica e o adoecimento não foi mais compreendido como uma experiência cósmica, mas sim como um distúrbio fisiológico, fundamentado pelas ciências naturais.

Desta forma, a via de acesso da medicina para estudar e conhecer as doenças e construir uma linguagem científica foi baseado na experiência e na observação empírica, pois a clínica se daria pela leitura dos sintomas patológicos do organismo. Assim, o isolamento consistiu em uma medida de ordem científica em que o corpo humano, numa condição “*in vitro*” era transportado para um laboratório (hospital) a fim de ser observado, comparado e classificado. De modo que a clínica médica expropriou das “experiências corpóreas a participação subjetiva” (BASAGLIA, 2008, p. 18).

No caso da psiquiatria, a ordenação do espaço asilar facilitaria identificar e agrupar as doenças por semelhanças e diferenças. Philippe Pinel publicou o primeiro livro de natureza médica psiquiátrica, intitulado “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania”, em 1801 e definiu aliena-

ção mental/loucura como um rompimento com a racionalidade, ou seja, um distúrbio das paixões em que o louco estaria assediado pelas fantasias e pelas ideias (AMARANTE, 2003).

Caberia ao médico empregar o método terapêutico para identificar e agrupar as doenças por suas semelhanças e diferenças, desenvolver a relação de autoridade com o doente e utilizar-se de recursos de repressão e de punição como o castigo disciplinar, que teria função de reduzir os desvios. Essas estratégias, chamadas por Castel (1978) de *tecnologia pineliana*, fundamentaram a psiquiatria e a construção do manicômio.

Porém, essa tecnologia ainda persiste como modelo institucional em muitos lugares, pois, não se trata, portanto, de uma simples mudança de teoria, substituível por nova ideologia de recâmbio que facilmente deixa inalterada a situação de base, e sim, da demolição prática de uma cultura, possível, apenas se, se constrói contemporaneamente outro apoio, outro suporte, outros conceitos de saúde e de doença, de normalidade e de loucura (BASAGLIA, 2008, p. 28).

O Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Basaglia (1985) é uma marca de luta contra todas as formas de exclusão e de marginalização, como descrito no slogan “La Libertá É Terapêutica”. Essa experiência inspirou o projeto de Paulo Delgado, que pretendeu extinguir todos os manicômios do Brasil, substituindo-os por uma rede de serviços alternativos. Porém, após doze anos de atraso e com modificações do projeto inicial, a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) foi aprovada definindo como prioridades o atendimento comunitário e a reinserção social.

O segundo ponto se refere à formação profissional e o desenvolvimento de projetos que operem na desconstrução da realidade asilar. Embora o Brasil apresente diversas tentativas inspiradas na Reforma Italiana, ainda a formação profissional carece de investimento, tanto no sentido pedagógico, quanto político. Pois, vivemos uma crise ética/moral, de desrespeito e descuido para a compreensão do sofrimento e da multiplicidade de seu significado.

Então, faz-se necessário resistir à ideologia dominante e repensar o modo de cuidar e de se responsabilizar pelas pessoas de maneira a fortalecer os espaços coletivos como nos sugere Rotelli (2008),

[...] estamos trabalhando para criar em todas as Regiões a convicção quanto à obrigatoriedade de que cada Região se responsabilize por suas pessoas, e que os Departamentos de Saúde Mental tomem a responsabilidade pelas pessoas de seu próprio território [...] Multiplicam-se as associações de usuários, multiplicam-se as iniciativas culturais, produtivas e recreativas organizadas diretamente por grupos de usuários (p. 48).

De fato, permanece o desafio de reconhecer a saúde como uma política social, que demanda responsabilidades da equipe profissional do serviço, da rede social, das instituições e das políticas instituídas para o enfrentamento das desigualdades e contradições (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI (1997). Assim, é preciso questionar as práticas profissionais, pois a formação em saúde demanda investimento para contemplar modelos e experiências que possam sustentar “outros agentes sociais: os usuários, os familiares, os trabalhadores não reduzidos a técnicos, mas sujeitos” (AMARANTE, 2008, p. 75).

O Projeto “Encontros Culturais”

No início do ano de 2010, enquanto se planejava o estágio profissional em terapia ocupacional de saúde mental, uma inquietação começou a crescer no grupo formado por três alunos e a supervisora: como oferecer um trabalho voltado à saúde e não à doença? Até aquele momento todas as atividades eram desenvolvidas na clínica/ escola, local voltado para o atendimento de pacientes da comunidade com sequelas físicas e/ou emocionais. O desejo do grupo era experimentar uma intervenção prática que não fosse limitada em medidas terapêuticas focada nos sintomas das enfermidades mentais. Foi desse modo que os estagiários voltaram a se aproximar do conhecimento e das experiências de Basaglia.

O trabalho desenvolvido em Trieste servia de referência ao cenário do município e da região: mais de duas mil e duzentas pessoas internadas em sete hospitais psiquiátricos, sendo quatro somente no município que morávamos. A alta concentração de leitos psiquiátricos e a violência institucional constatada, por exemplo, pelo número de mortes que aconteciam nesses

locais, instigava os estagiários: “pensar que em pleno século 21 as pessoas diagnosticadas como doentes mentais continuavam sendo estigmatizadas”.

Em qualquer situação de estigma, encontram-se as mesmas características: um indivíduo com um traço que o diferencia da maioria das pessoas e suas relações sociais comprometidas pela atenção que este traço impõe em detrimento de outros atributos seus (GOFFMAN, 1988). Ou seja, para as pessoas diagnosticadas como doentes mentais a natureza e as características estão sujeitadas pelos sintomas, pela patologia, pelos dispositivos e pelos mecanismos de dominação dos profissionais e do serviço. De modo que as potencialidades do sujeito são esquecidas e ignoradas, dificultando, muitas vezes, uma mudança em sua condição.

Essa situação indicava a necessidade de se criar dispositivos que pudessem contribuir com essa mudança e dessa forma foi criado o “Projeto Encontros Culturais” para atender não somente pessoas em situação de sofrimento mental, mas todas as outras com interesse na oferta das oficinas de arte e corpo.

Porém, havia uma limitação do espaço físico do Núcleo e após negociação com o colegiado do curso de Terapia Ocupacional foi autorizada a mudança desse estágio para o campus da cidade universitária, que oferecia diversos laboratórios para a execução do projeto. O projeto contou com o Laboratório de Atividades Expressivas e Recursos Terapêuticos para as oficinas de expressão corporal, o Laboratório de Atividades Plásticas, Tecnológicas e Recursos Terapêuticos para as oficinas artísticas e o auditório com equipamento de multimídia para as atividades de cinema e jogos teatrais.

O desenvolvimento do Projeto

A mudança de local exigiu adaptação de todos os envolvidos: os estagiários tiveram que reorganizar o trabalho, tanto com relação aos recursos materiais e ao acesso à universidade, quanto a forma de trabalho a ser desenvolvida. O público alvo teve o desafio de se adaptar a um local aberto, distante do centro urbano, de ampla área física, frequentado por alunos, professores e funcionários. A comunidade universitária também estava diante de um desafio: enfrentar o desconhecido e lidar com a presença de um público inesperado.

No início vários questionamentos tomaram conta do grupo: como levar as pessoas até a universidade, que além de distante não era um local conhecido dos pacientes do Núcleo de Terapia Ocupacional? Como divulgar e gerar interesse de outros grupos internos e externos? Como lidar com a diversidade das experiências e dos sujeitos? Os estagiários tomaram consciência desse desafio e juntamente com a supervisora lançaram mão para discutir as propostas concretas com todos os envolvidos e traçaram planos para sua execução. Num primeiro momento, acompanharam os participantes no trajeto ensinando o uso do transporte coletivo, porém aos poucos as pessoas vieram sozinhas para a universidade, tornando-se independentes dessa tarefa.

O estagiário também seria responsável pela organização das oficinas, que consistia em: convidar os artesãos, preparar o material, acolher os participantes e coordenar os grupos.

A divulgação do Projeto se deu para a comunidade interna e externa da universidade e a estratégia foi da criação de um e-mail com os contatos de instituições que quisessem parceria, ou seja, responsáveis pelo atendimento da população em serviços de Assistência Social como nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizados nos bairros de periferia, bem como a divulgação na própria universidade. Assim, os participantes vieram por indicação desses locais, mas também de algumas igrejas, de profissionais de outros equipamentos e também, a convite dos próprios participantes do Projeto.

De fato, a universidade tinha um novo cenário e de certo modo, desnaturalizava o ambiente acadêmico, pois a circulação dos participantes causava certo estranhamento na maioria dos alunos e funcionários. A oferta das atividades para alguns participantes também era uma novidade, pois escolher o que fazer, como planejar seus projetos e com quem gostaria de dividir essa experiência, não eram tarefas fáceis para um público com pouco acesso a esse modelo de atenção.

Alguns participantes iam acompanhados de familiares e eles também eram convidados a participar das Oficinas e, nessa experiência tratava-se do acolhimento e da solidariedade entre os membros do grupo. Entretanto, havia um esforço para que o familiar pudesse experimentar outro papel, diferente daquele de cuidador. A princípio a relação familiar era conturbada, seja

pela dependência estabelecida entre os sujeitos, ou mesmo pela dominação de um sobre o outro. Porém, os impasses foram diminuindo na medida em que se permitiu refletir sobre os fatos, acolher as demandas e tomar decisões democráticas para tentar produzir outros valores e subjetividades.

Numa ocasião, o pai de um jovem diagnosticado de doente mental, saiu do seu papel de observador e aceitou o convite para fazer parte da oficina cuja técnica era confecção de mandalas. Na medida em que criava seu objeto disparou a contar várias histórias, expondo situações de sofrimento. Disse que o tratamento do filho e a necessidade de acompanhamento constante fizeram com que ele abandonasse a carreira profissional e se sujeitasse a trabalhos esporádicos, diminuindo o padrão social da família.

As experiências produziram muitas emoções e aprendizagens, como a oficina de mangá, a de hip hop, a de contação de histórias, as telas de cinema, os laboratórios de teatro.

Por fim...

É preciso refletir sobre a prática profissional e insistir na sensibilidade para ser agente de saúde e saber lidar com as famílias, com os cuidadores, com os pacientes, com os usuários, com a comunidade, de forma a promover experiências coletivas de vida.

Habitualmente, a condição de doente despoja o sujeito da condição de cidadania, relegando-o a uma posição passiva, seja em relação ao seu tratamento, a organização do seu tempo, a realização de suas atividades sociais e culturais, ao seu compromisso político a ao seu projeto de vida. Enfim, há impedimentos pela sua situação de fragilidade vivenciada pelo estigma da doença ou de sua condição social. De modo que ele assume uma posição de impotência que o impede de desejar, ou de escolher e realizar por si só o seu cotidiano (FERLAND, 2009). Porém, essa experiência demandou também, refletir sobre as dificuldades/sofrimento dos familiares.

Concluiu-se que é preciso construir redes, não apenas de saúde mental e/ou de saúde, mas contar com todos os recursos e dispositivos possíveis. Assim, o projeto “Encontros Culturais” tentou caminhar no sentido oposto da institucionalização da doença e do poder profissional, na medida em que

se responsabilizou pelo desenvolvimento da postura ética-estética-política na formação profissional e favoreceu/garantiu um espaço de convivência com usuários, acompanhantes, familiares, oficinairos, alunos, professores e demais trabalhadores da universidade.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps/Ensp/Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. *In*: ARCHIVOS de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

BASAGLIA, F. O. Saúde/doença. *In*: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.) **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal. 1985.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 abr. 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FERLAND, F. **Além da deficiência física ou intelectual**: um filho a ser descoberto. Londrina: Lazer & Sport, 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GORDON, Noah. **O físico**: a Epopéia de um médico medieval. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ROTELLI, F. Formações e construções em novas instituições de saúde mental. *In*: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B (org.). **Saúde mental**: formação e crítica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONO, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1997.

15

Tecnologia Assistiva

Síbila Floriano Landim

Maria Aparecida Ramires Zulian

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados de 2011 apontam para 1 bilhão de pessoas vivem com alguma deficiência no mundo, o que significa cerca de 10% da população mundial. Estes dados que só aumentam devido a evolução da medicina e os processos de envelhecimento da população. No Brasil, esse número salta para 23,9% da população, segundo o IBGE (Censo 2010), último censo aplicado, sendo que grande parcela dessa população vive realidade de graves carências sociais, como baixa renda e falta de acesso aos serviços de saúde, segundo dados de pesquisa do Senado Federal quanto as condições de vida das pessoas com deficiência no Brasil, o que só potencializa as dificuldades dessas pessoas em função das barreiras, preconceitos, desigualdades e desinformação.

O Brasil assumiu com a homologação da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência em 2009, a responsabilidade de oferecer condições de superar as múltiplas barreiras enfrentadas por essas pessoas para tornarem-se independentes e autônomas. De modo que as questões de acessibilidade e disponibilização de recursos de Tecnologia Assistiva (TA) passam a ser condição “sine qua non”, uma vez que o uso da TA por pessoas com

deficiências enriquece e amplia seu desenvolvimento socioafetivo, cognitivo e funcional, favorecendo sua autonomia. (FERRADA; SANTAROSA, 2008).

A Lei nº 13.146/15 (Lei Brasileira de Inclusão - LBI) garante à, aproximadamente 45 milhões de brasileiros, uma série de direitos relacionados à acessibilidade, educação e saúde, além de estabelecer punições para atitudes discriminatórias. Trata-se de uma grande conquista para esse grupo após várias iniciativas legais e sociais.

A TA tem um acervo de recursos e serviços considerados indispensáveis no processo de empoderamento e funcionalidade das pessoas com deficiência, têm o seu acesso garantido pela LBI, no artigo 16, no entanto para que sua indicação de uso, aquisição, treino na utilização e aplicação adequada aos diferentes contextos aconteça são muitos os caminhos a serem percorridos e muitos desafios a serem vencidos.

Neste sentido relatar experiências positivas em diferentes contextos e períodos nos parece uma contribuição aos profissionais da área da reabilitação, de modo a estimular novas e contínuas ações nesta área.

Definições e conceitos a serem considerados

Quando o propósito é esclarecer ou definir o que significa TA buscou-se uma pequena revisão da história na área. Segundo Braccialli *et al.* (2016) TA é um termo utilizado para identificar todo arsenal de recursos que de alguma maneira contribui para proporcionar vida independente à pessoa com deficiência.

O autor Romeu Sasaki, em um texto escrito em 1996, refere que o termo original “Assistive Technology” foi definido pela primeira vez na lei federal americana como Lei de Educação de Indivíduos com Deficiências (Public Law 101-476, 1990). No Brasil foi traduzido como “Tecnologia Assistiva”, apesar de não conter o significado da palavra “Assistiva” no dicionário da língua portuguesa. Tal palavra foi surgindo com o tempo e se consolidou com sua utilização, pois se trata de um fenômeno rotineiro nas línguas vivas (SASSAKI, 1996).

Maria de Mello (1999) define TA como qualquer item ou equipamento usado para aumentar, manter ou estimular as habilidades funcionais que

pode ser um recurso de grande ajuda no processo de intervenção com pessoas com deficiência, facilitando a interação no âmbito social e familiar.

O Decreto 3.298/99, no artigo 19, e o Decreto nº 5.296/04, artigo 61, definem o direito do cidadão brasileiro com deficiência às ajudas técnicas, ou seja:

Consideram-se ajudas técnicas os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade de pessoas portadoras de deficiência, com habilidade reduzida favorecendo autonomia pessoal, total ou assistida

O Comitê de Ajudas Técnicas criado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República Brasileira (CAT/SEDH) reuniu um grupo de especialistas brasileiros e representantes de órgãos governamentais, em 14 de dezembro de 2007, aprovando o conceito de TA como:

Tecnologia assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRACCIALLI *et al.*, 2016, p. 1014).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/2003), considerando a classificação ISO 9999 das ajudas técnicas, define TA como:

qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa incapacitada, especialmente produzido ou geralmente disponível, que se destina a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar a incapacidade (p. 154).

De acordo com o manual de TA na Escola do Instituto de Tecnologia Social – ITS/Brasil (2007), o conceito de TA vem sendo revisado nos últimos anos, devido à abrangência e importância desta área para a garantia da inclusão da pessoa com deficiência.

Desta forma, a TA ou de apoio congrega componentes técnicos, humanos e sociais e segue pensando que a desvantagem não é uma característica da pessoa e sim do produto em relação ao meio. Nesse contexto faz o deslocamento do olhar das limitações do indivíduo, para salientar os resultados funcionais, ou seja, propõe uma mudança da concepção de equipamento relacionado ao corpo para adaptações e dispositivos relacionados às atividades (ROCHA; LUIZ; ZULIAN, 2003).

A LBI/15, art 3º define TA como:

III - tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

Independente da definição a ser utilizada, Rita Bersch (2008) lembra que o objetivo da TA é o de proporcionar à pessoa com deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social, visa melhorar a **funcionalidade**, através da ampliação de sua comunicação, mobilidade, controle de seu ambiente, habilidades de seu aprendizado, trabalho e integração com a família, amigos e sociedade.

O acesso aos recursos de Tecnologia Assistiva

Um dos grandes desafios do cenário de TA no país é o mercado nacional, que até os dias de hoje ainda é alimentado com produtos importados elevando os preços desta tecnologia, que se concentram nas mãos de quem possui algum poder aquisitivo para adquiri-las (ZULIAN; ZANETTI, 2015).

A legislação brasileira trata da TA e ou de ajudas técnicas com recursos concedidos a todo cidadão brasileiro com deficiência. No entanto, para se obter o benefício, que lhe é de direito, deve recorrer ao Sistema Único de Saúde-SUS, que ainda hoje não é de conhecimento da maioria daqueles que poderiam se beneficiar do mesmo.

O SUS concede TA e trabalha com tabela pré-fixada de equipamentos (ajudas técnicas). Isto significa que ele não poderá fornecer o que não está previsto na tabela, apesar da mesma ter sido revista e realimentada de produtos por meio de diferentes portarias, tal como a Portaria nº 1.272/13. Pertencem à lista de produtos disponibilizados cadeiras de rodas, órteses, próteses, aparelhos auditivos, palmilhas e vários outros diversos equipamentos relacionados às problemáticas da deficiência visual, física e mental.

Mas, um dos problemas para a garantia desse direito às pessoas com deficiência é da dificuldade de muitos profissionais prescreverem esses produtos. Lembrando que o produto dispensado pelo SUS faz um caminho que de modo sucinto segue a seguinte linha: prescrição do produto de TA para o usuário por um profissional da saúde, descrição do produto para a solicitação do mesmo pelo SUS, compra do produto por meio de licitação (compra realizada por alguém que não conhece as demandas do então futuro usuário) e a entrega do produto ao solicitante, sendo assim se a prescrição não for adequada, ou a descrição do produto solicitado não for feita detalhes não será garantida a entrega de um produto de qualidade ao usuário.

Para a prescrição de dispositivos são necessários alguns procedimentos básicos como: avaliação do paciente, observação de suas atividades diárias, conhecimento da realidade que ele está inserido, informações obtidas de outros profissionais, situação social e financeira, fatores comunitários e culturais. Todos esses aspectos influenciarão na escolha do equipamento, porém o mais importante de todos é o fato de que os dispositivos não devem ser adotados baseados na incapacidade física por si só, e sim baseado nas necessidades e habilidades funcionais do paciente (ROCHA; CASTIGLIONI, 2005).

O profissional ao indicar os recursos de TA precisa perceber o que é indispensável para garantir a boa usabilidade do recurso.

O Terapeuta Ocupacional ainda é o profissional com melhores habilidades na indicação, prescrição e/ou confecção de adaptações funcionais que

facilitem ou até mesmo possibilitem o desempenho das atividades da vida diária (alimentação, higiene, vestuário, locomoção, comunicação), das atividades da vida prática, de lazer ou laborativa.

No ano de 2010 foi lançada uma chamada pública MCT/FINEP que se referia a uma seleção de propostas para apoio a projetos de pesquisa e desenvolvimento em TA, cujo objetivo era apoiar iniciativas de desenvolvimento de tecnologias de baixo custo e/ou as que contemplassem o conceito de desenho universal, além de apoiar iniciativas de desenvolvimento e fabricação de equipamentos e dispositivos com vistas a substituição de importações (ROCHA NETO, 2007). Depois desta chamada pública vieram outras várias sempre com o objetivo de potencializar o desenvolvimento nacional na área e diminuição de custos no setor.

A TA torna-se, assim, um amplo campo de estudo e de domínio de várias disciplinas como: engenheiros de reabilitação, engenheiros de computação, biomédicos e elétricos, médicos, arquitetos, desenhistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e enfermeiros que trabalham para restaurar a função humana.

Uma rede de núcleos de pesquisa e desenvolvimento de TA foi criada no Brasil e foi denominada de RNPDTA (Rede Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento em Tecnologia Assistiva). Em 2012 o Centro Nacional de Referência em Tecnologia Assistiva foi criado com objetivo de identificar pesquisas e desenvolvimentos na área entre instituições públicas e privadas e proporcionar articulação entre as mesmas para potencializar os processos e viabilizar que novos produtos com Tecnologia Nacional pudessem chegar ao mercado, de modo a contribuir com a ampliação de ofertas a custo mais acessível (ZULIAN; ZANETTI, 2015).

Classificações da Tecnologia Assistiva

Os tipos de TA podem ser de Alta Tecnologia e Baixa Tecnologia ou seja:

- Alta Tecnologia: engloba equipamentos sofisticados que necessitam de controle de computadores ou eletrônico, tais como vocalizadores e sistemas de controle ambiental. Estes dispositivos são produzidos em indústrias, geralmente em série e exigem profissionais especializados.

Estão a disposição no mercado e o consumidor encontra em catálogos, lojas de equipamentos médicos e ou ortopédicos, inclusive on-line.

- **Baixa Tecnologia:** são equipamentos ou recursos com pouca sofisticação e confeccionados com materiais de baixo custo, disponíveis no dia-a-dia, adaptações feitas pelos terapeutas ou pelos pacientes, ou por ambos. Estes equipamentos são produzidos de maneira mais artesanal e individualizados.

Os equipamentos de baixa tecnologia são muitas vezes confeccionados pelos próprios familiares, amigos do usuário ou por profissionais terapeutas ocupacionais, marceneiros, fisioterapeutas.

Experiências positivas na pesquisa, desenvolvimento e produção de Tecnologia Assistiva nacional

Apresenta-se duas experiências com resultados muito positivos no que se refere a prescrição, pesquisa, desenvolvimento, manufatura e aplicação de TA junto ao usuário. Ambas demonstram que os profissionais brasileiros na área da reabilitação têm demonstrado uma enorme dedicação e empenho e aproveitado as oportunidades para oferecer ao usuário os recursos de TA. Considera-se que as pessoas com deficiência possam a cada dia ganhar novos espaços de circulação e acesso e ter uma qualidade de vida mais preservada possível, independente do recurso, se de alta ou baixa complexidade tecnológica.

No primeiro caso o relato se refere a uma parceria entre a Fisioterapia e Terapia Ocupacional com uma intervenção numa Unidade Saúde da Família (USF), serviço este localizado no Parque Meia Lua, no município de Jacareí, Estado de São Paulo (LANDIM *et al.*, 2009). O paciente era usuário do da USF, tinha diagnóstico de lesão medular nível C7, ASIA C, com 53 anos de idade, cuja causa do acidente foi uma queda, há 1 ano. A partir de dados colhidos em avaliações de força muscular seguindo a escala de Kendall e da avaliação funcional da medida canadense de desempenho funcional (COPM) foi prescrito recursos de TA de baixo custo.

Os terapeutas auxiliaram diretamente na confecção dos dispositivos, conforme ilustração da figura 1 e 2:

Figura 1 - Engrossador de talher, engrossador para caneta, engrossador para aparelho de barbear, recursos confeccionados com macarrão de piscina

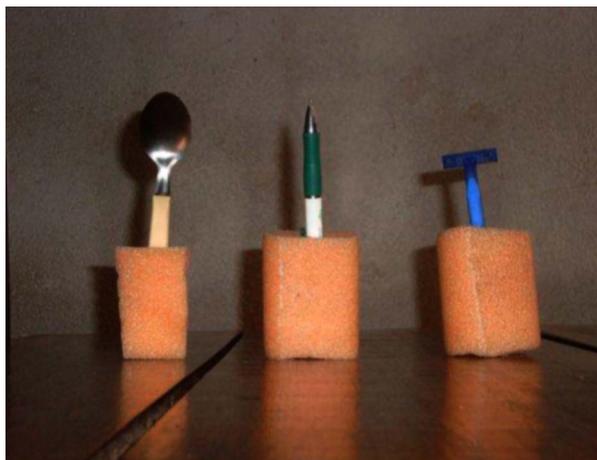


Figura 2 - Mesa para poltrona confeccionada de papelão, papel Contact, tinta, velcro e cola quente, utilizando-se da técnica de empapelamento



Foi possível, também fazer algumas adequações de acessibilidade na residência do paciente, melhorando seu espaço de circulação e deslocamento pela casa e para fora dela, conforme mostram as figuras 3 e 4:

Figura 3 e 4 - Rampa para degraus, confeccionando com madeira



Também, outros recursos foram confeccionados para auxiliar o processo de intervenção de reabilitação física do paciente como: abdutor de joelhos e tornozelo, feitos com macarrão de piscina, extensor de joelho, utilizando-se de galão de água e órtese de posicionamento para Membros Superiores (MMSS), confeccionado com macarrão de piscina. Os materiais foram confeccionados na marcenaria da Universidade do Vale do Paraíba-Univap, e adaptados na residência do paciente. Também, foi possível intervir diretamente nos aspectos ergonômicos da casa através da manufatura de uma rampa interna e externa, o que facilitou a mobilidade do cadeirante.

As pesquisadoras concluíram que por meio do uso de recursos de TA de baixo custo e um programa de exercícios terapêuticos aplicados de modo interdisciplinar (fisioterapia e terapeuta ocupacional) foi possível alcançar os objetivos traçados no projeto de intervenção ao paciente selecionado para o estudo. Através das intervenções o paciente conseguiu ter maior

independência funcional para algumas atividades de vida diária, obteve uma melhora física, psíquica e social refletindo na melhora da qualidade de vida da família (LANDIM *et al.*, 2009).

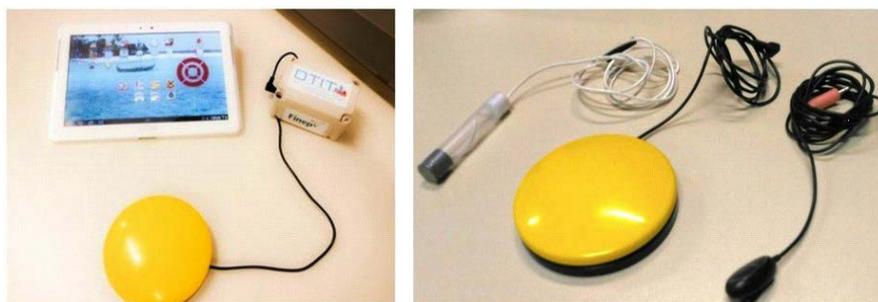
O segundo caso é o relato de um caso tratado no CTI –Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer e na FACTI-Fundação de Apoio ao CTI, no município de Campinas S.P., com o uso de TA de alta complexidade tecnológica.

Trata-se de uma solução de tecnologia digital, uma interface de acessibilidade a dispositivos móveis para pessoas com deficiência motora severa, que conta com um sistema que identifica, por meio de sensores específicos, um sinal emitido pelo usuário, a partir de sua condição motora residual, como um ruído ou um toque físico. O sinal é captado pela placa controladora e transferido por bluetooth para acessar um aplicativo de varredura que roda no tablet, possibilitando a emulação das funções das mãos manipulando o dispositivo. De maneira que tal manuseio está sempre sob o controle do usuário por meio de sensores e permite o acesso a qualquer aplicativo instalado no dispositivo. A navegação no dispositivo é feita com base na varredura de tela, onde a intersecção de duas barras perpendiculares indica o ponto onde a ação deve acontecer oferecendo ao usuário a emulação dos gestos, ações e toques, tais quais são feitos externamente ao tablet. A ferramenta opera sobre qualquer aplicativo, conforme ilustrada na figura 5 (ZULIAN *et al.*, 2016; ZULIAN; ZANETTI, 2015).

Figura 5 - Sistema de varredura e gestos representativos na tela do dispositivo móvel



Figura 6 - Tablet, placa controladora e sensor de toque (acionador). Outros sensores: capacitivo, sensor de toque e de áudio



Segundo Zulian e Zanetti (2015) viabilizada a comunicação e possibilitada o acesso a informações por meio do sistema computacional foi possível garantir um meio de comunicação ao paciente. Assim como, abrir uma porta de acesso para uma vida mais produtiva para quase um milhão de alunos com comprometimento motor do Brasil.

Considerações finais

As intervenções com T. A. relatadas comprovam as possibilidades de desenvolvimento e utilização de recursos específicos para as adaptações físicas e ambientais que contribuem sobremaneira na melhora da funcionalidade das pessoas. Além disso, demonstra a enorme criatividade e pró-atividade dos profissionais da Terapia Ocupacional e da Fisioterapia no desenvolvimento de produtos de baixo custo que possam ampliar a funcionalidade de seus pacientes.

Atualmente o Brasil caminha na busca de sua independência no que se refere a produção e oferta de produtos de TA nacionais, no entanto se faz necessário muitos outros resultados para que seja possível reverter o cenário ainda complicado de disponibilização de produtos de TA de alta complexidade tecnológica.

Referências

BERSCH, R. **Introdução a tecnologia assistiva**. Porto Alegre: Centro Especializado de Desenvolvimento Infantil, 2008.

BRACCIALLI, L. M. P. *et al.* Acesso ao computador por crianças e jovens com paralisia cerebral. **Educação, Formação & Tecnologias**, Portugal, v. 9, n. 1, p. 72-84, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2016. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Senado Federal. **Condições de vida das pessoas com deficiência no Brasil**. Disponível em: www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa- Acesso em: 20 nov. 2019.

FERRADA, R. B. H.; SANTAROSA, L. M. C. A acessibilidade através da tecnologia assistiva na busca de inclusão digital e supercompensação da defectologia de pessoas com deficiência física. *In*: OLIVEIRA, A. I. A.; LOURENÇO, J. M. Q.; ARAGÃO, M. G. S. (Orgs.). **Tecnologia & inclusão social da pessoa deficiente**. Belem: EDUEPA, 2008. p. 78-85.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL - ITS. **Manual de Tecnologia Assistiva na Escola**. Brasil: Instituto de Tecnologia Social, 2007.

LANDIM, S. F. *et al.* Tecnologia assistiva de baixo custo no psf – uma intervenção Interdisciplinar. *In*: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 14.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 10., São José dos Campos, 2009. **Anais** [...]. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2009.

MELLO, M. A. F. **A necessidade de equipamentos de auto-ajuda e adaptações ambientais de pessoas idosas dependentes vivendo na**

comunidade, em São Paulo, Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como usar a CIF:** um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS, Outubro de 2013. Versão preliminar para discussão.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Censo 2011.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/> Acesso em: jan. 2019.

ROCHA, E. F; CASTILGIONI, M. C. Reflexões sobre recursos tecnológicos: ajudas técnicas, tecnologia assistiva, tecnologia de assistência e tecnologia de apoio. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 3, 2005.

ROCHA, E. F; LUIZ, A.; ZULIAN, M. A. R. Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 72-8, maio/ago. 2003.

ROCHA NETO, Ivan. Indicadores de efetividade das tecnologias sociais. **Revista Conhecimento** – Ponte para a vida, São Paulo, v. 1, n. 1 e 2, p. 51-55, 2007.

SASSAKI, Romeu. **Por que o termo “Tecnologia Assistiva”?**. 1996. Disponível em: <http://www.cedionline.com.br/ta.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ZULIAN, M. A. R. *et al.* Acessibilidade para dispositivos móveis - recurso de tecnologia assistiva como apoio a aprendizagem e inclusão. *In: FÓRUM DE TECNOLOGIA ASSISTIVA E INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA*, 5., Belém, 2016. **Anais [...]**. Belém: UEPA, 2016. v.1, p. 351 – 362.

ZULIAN, M. A. R; ZANETTI, A. I. F. O acesso à Tecnologia Assistiva a partir das iniciativas públicas para a pesquisa e desenvolvimento no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, Marília, p. 29-36, nov./dez. 2015. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/sobama/issue/view/353>. Acesso em: 20 nov. 2019.

16

De aluno a docente - Terapia Ocupacional e os (des)caminhos da docência

Lilian de Fatima Zaroni Nogueira

Tatiana Doval Amador

Tiago Rodrigo Biasoli

O essencial é saber ver, mas isso, triste de nós que trazemos a alma vestida, isso exige um estudo profundo, aprendizagem de desaprender. Eu prefiro despir-me do que aprendi, eu procuro esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram e raspar a tinta com que me pintaram os sentidos, desemburhar-me e ser eu.

(Alberto Caeiro).

Introdução

Este capítulo apresenta a narrativa da experiência de “Ser Professor” na Universidade de Sorocaba-Uniso, na qual nos formamos. Nosso objetivo é

retratar as vivências, desafios e reconhecimentos das práticas docentes, que atravessam a formação acadêmica, clínica e humana em consonância com as referências que nos acompanharam nesta trajetória.

Quem somos e nossa trajetória permeia diversas áreas e locais de intervenção, mas algo que nos une é a possibilidade de aprender e se lançar a desafios. Desafios este, comum ao grupo, que envolvem o CUIDADO, que neste sentido, segundo Pastore (2018, p. 437) “é o dispositivo político da integridade quando se configura em prática social que produz efeitos” em si e no outro. Entendemos que esse cuidado é aprendido de diversas maneiras, de acordo com cada área de atuação em nossa formação acadêmica. A vida nos lançou em diferentes tempos e caminhos, e isso contamos abaixo:

Lilian é terapeuta ocupacional formada em 2004, desde a formação atua na área de saúde do trabalhador, atuou em empresas metalúrgicas, no setor de serviços; mas sempre esteve junto à Universidade. Contratada como terapeuta ocupacional para desenvolver e coordenar um programa de qualidade de vida para funcionários da Universidade, esteve sempre em desenvolvimento de pesquisa em parceria com ONGs. O Mestrado em educação foi finalizado em 2010 após duas especializações Lato Sensu, sendo uma em Qualidade de Vida na Empresa e outra Ergonomia, na busca por “aprender a trabalhar”. Entendeu sempre que a vida acadêmica seria seu desejo, mas que para isso precisava estar também em atividade na clínica do trabalho, de forma que pudesse compartilhar conhecimentos da prática profissional. Na vida acadêmica ingressa a partir de 2009, mantendo a “clínica do trabalho” em consultorias em empresas metalúrgicas e na coordenação de projetos de qualidade de vida no trabalho com funcionários administrativos da Universidade de Sorocaba. Em 2016 inicia o doutorado em Terapia Ocupacional na UFSCar, estudando a especificidade da Intervenção de terapeutas ocupacionais na área de inclusão de jovens com deficiência no Ensino Superior, terminando a pesquisa em 2019.

Tatiana, escolheu ou foi escolhida pela terapia ocupacional tomada pelo desejo de seguir numa profissão que utilizasse o corpo como objeto e ins-

trumento mediador em suas diferentes formas de “estar” no mundo. Na graduação foi se descobrindo cada vez mais terapeuta ocupacional, assim, formada pela primeira turma do Curso da UNISO, em 2001. O cenário da época era marcado pela recente aprovação da Lei 10.216, que visava os direitos da pessoa com transtorno mental e um novo desenho do modelo de atenção, em contrapartida à resistência sorocabana a qualquer forma efetiva de inclusão das pessoas “desajustadas” e a indústria da loucura. É neste contexto que inicia sua vida profissional, no, então, recém inaugurado Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO. Concomitantemente cursou Mestrado em Educação na mesma Universidade, concluindo em 2006, e deu seguimento ao projeto de ser docente no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. Após dois anos, passa a compor uma equipe multiprofissional na atenção básica no município de Santana de Parnaíba/SP. Recentemente, inserida novamente na vida acadêmica da UNISO como docente, onde, há 20 anos, aconteceu seu primeiro encontro com a terapia ocupacional e tudo começou. Sua trajetória profissional se orienta pelo modelo da clínica ampliada, baseada no conceito de saúde integral. No âmbito acadêmico, os esforços se dão pela discussão da identidade da terapia ocupacional considerando os campos de atuação e a formação político-profissional. Atualmente, em defesa do Sistema Único de Saúde num posicionamento ético, técnico e político, concilia a atividade profissional na saúde pública e docência, na dialética da (re)construção diária do ser terapeuta ocupacional/docente.

Tiago descobriu a terapia ocupacional por acaso, através da observação de um atendimento clínico na enfermaria pediátrica de um hospital em Campinas – SP, já que realizava neste mesmo espaço um trabalho voluntário utilizando a figura do Palhaço. Apesar de este encontro ter sido desproposital, foi o ponto de partida para as mudanças de planos, desistiu de tentar o ingresso na carreira médica e entrou na faculdade de Terapia Ocupacional, onde pode ampliar os seus estudos sobre a interface arte e saúde, assim apropriar-se da utilização das atividades plásticas e expressivas, como recursos terapêuticos. Realizou o mestrado em Gerontologia e a atualmente além da docência, trabalha na reabilitação de adultos e idosos, com doenças neurológicas.

Entendemos que nossas jornadas, embora sejamos três, se refletem igualmente em alguns termos-chaves, que iremos explicar no decorrer desse texto. Para nós o primeiro passo ao assumir essa tarefa profissional foi “*Desaprender*”, desaprender e reaprender os diferentes tempos e métodos de aprendizagem. Em seguida nos referimos a “*Desconstrução*” e construção de um novo papel institucional e enquanto terapeutas ocupacionais, o SER Docente/Professor. Por fim nos referimos às “*Pontes*” que nos encontramos, e as quais desejamos atravessar.

Os caminhos do *Desaprender* - “O tempo de aprendizagem é outro”

A origem da educação está relacionada à origem da humanidade, já que transmitir saberes de uma geração para a outra e ensinar os integrantes mais novos, os costumes, tradições, valores e os conhecimentos sempre aconteceu, independente do contexto cultural e social presente (SAVIANI, 2008).

Neste sentido, o ensinar e o aprender, estão presentes desde as relações iniciais do desenvolvimento humano, através dos pais e familiares, e se estendem até a velhice, com a presença de vínculos significativos que marcaram a trajetória de vida, e serviram de fonte de sabedoria, direcionamento e troca.

Este processo vai além da relação do indivíduo consigo próprio, através do descobrimento dos seus limites e potencialidades; passa pelas trocas adquiridas no contexto microssocial, famílias, comunidades e grupos, emergindo para uma esfera macrossocial, que diz respeito ao sistema social e as relações existentes, envolvendo contextos mais amplos, tais como a educação, o trabalho e a cidadania, assim como princípios que regem uma cidade, um estado, uma nação e a humanidade como um todo.

As transformações socioeconômicas, tecnológicas e políticas permitiram ampliar a facilidade no acesso a informação, provocando mudanças significativas em padrões sociais e culturais. A modificação de valores, conceitos, formas de pensar e agir, trouxe a necessidade de reflexões sobre a construção do conhecimento e o fazer pedagógico. As novas tecnologias digitais e o acesso aos meios de comunicação estão integrados a vida dos acadêmicos, o que possibilitam o rápido acesso a conceitos e fundamentos teóricos, resultando em uma necessária mudança nas metodologias de ensino-aprendizagem e

dos papéis atribuídos ao professor, sendo que este deixa de ser o elemento central da experiência educacional (ALVES, 2014).

Os docentes deixam de ser aqueles que dominam os saberes, mas sim aqueles que articulam e buscam estratégias para em conjunto com seus alunos, - respeitando o ritmo e o processo de pensamento de cada um- encontrar o caminho da aprendizagem. Este direcionamento, proposto pelas metodologias ativas de ensino, foi implantado na Universidade de Sorocaba, em 2015, e cada vez mais recebem adeptos a esta proposta, com resultados muito promissores. Treinamentos e materiais têm sido produzidos para apresentar essa vertente ao corpo docente da Universidade (SCHLIEMANN; ANTONIO, 2016).

Em coerência com a teoria da aprendizagem significativa de David Ausubel (FARIAS; MARTIM; CRISTO, 2015), percebe-se no exercício docente que ensinar e aprender, não são campos opostos, e quando podemos aproximar estes conceitos, trazendo para a prática educacional a combinação entre elementos instrucionais, as experiências práticas, assim como os anseios e habilidades dos alunos, verificam-se um comprometimento e uma construção mais efetiva do conhecimento.

O encontro entre teoria e prática e a interface com outras ciências, possibilitam um caminho essencial na constituição de uma profissão, e na terapia ocupacional, faz-se necessário com o intuito de potencializar as ações clínicas, nas quais o aluno também é considerado um agente ativo nas trocas, utilização e concretização de saberes desenvolvidos no contexto acadêmico (ROMAN *et al.*, 2017).

A compreensão de que estas trocas acontecem administradas por indivíduos em formação, induz a repensar novas formas de fazer acontecer a educação. Garantir aos estudantes integrar os elementos pessoais, fundamentos e competências profissionais, pode possibilitar uma ação transformadora no seu fazer, e formar um profissional ativo e apto a aprender a aprender não só como acadêmicos, mas também como Terapeutas Ocupacionais. Tais considerações nos faz rever também o nosso mutável papel de educadores (MITRE *et al.*, 2008).

Regressamos a Universidade, como docentes e nos deparamos com outras estruturas sociais, culturais e acadêmicas, e o ponto de encontro de nossas experiências, nos revela muitas vezes, um distanciamento da forma como aprendemos e construímos o nosso conhecimento, quando éramos alunos

nesta mesma instituição, o que reflete em um contínuo processo de desaprender, como aponta Freisleben (2016), para assim livres de modos padronizados de ensinar, podermos encontrar novas maneiras de compartilhar conhecimentos, técnicas e competências de nossa profissão.

Enquanto egressos de um espaço em que agora assumimos o papel de docentes, revisitando lugares já habitados por nós, frequentando as mesmas salas de aula, laboratórios e espaços, revendo alguns funcionários e professores que contribuíram para a nossa formação acadêmica e muitas vezes foram fontes de inspiração, nos permite reencontrar a energia que nos encantava e nos impulsionava à busca pelo conhecimento, e ao mesmo tempo nos instiga a descobrir novas estratégias de compartilhar nossos saberes, na tentativa de transmitir a nossos alunos essa mesma energia que um dia, nos motivaram a trilhar este caminho.

O desaprender da vida de prática clínica, mesmo em diferentes tempos e áreas, nos leva a um ponto comum, de voltar-se às nossas próprias vivências acadêmicas e as repercussões produzidas naquele dado momento.

Entre nós três, autores desse capítulo, notamos semelhanças de perfil, e entendemos que essas características unem em nós o perfil de um terapeuta ocupacional que deseja assumir a docência. Mas, seria isso? Existe um perfil para ser docente em Terapia Ocupacional? O que esta nova prática nos ensinaria e como podemos continuar ensinando, hoje, no papel oficial de “educador”? Vamos às semelhanças que gostaríamos de citar:

“Compartilhar” é algo que nos move... Não é incomum em todas as nossas trajetórias assumirmos papel de coordenadores de equipe, assessores, referências técnica de projetos, tutores, supervisores, organizadores de evento, dentre outros, para articular ideias, organizar serviços, trabalhar relações interpessoais, desafiar e ser desafiado, estudar, buscar estratégias, enfim algumas das próprias competências para o exercício da terapia ocupacional, que aplicadas em seus diferentes campos de atuação, contribuíram para desenvolver em nós habilidades de um educador antes mesmo do exercício desta profissão, que somadas as nossas características e desejos pessoais, nos levaram a encontrar elementos semelhantes em nossas trajetórias.

A “aproximação e o acolhimento ao aluno em suas necessidades”, sejam elas vinculadas ao processo de ensino, ou orientações em relação a alguma

situação que prejudique a aprendizagem, se faz presente em nossa vivência devido ao olhar sensível, a capacidade de saber ouvir e de se adaptar as demandas peculiares de cada turma ou até mesmo de cada aluno, que permeiam as práticas do terapeuta ocupacional na carreira docente.

O avanço tecnológico e a evolução da ciência exigem de nós um aprofundamento e uma preparação constante, articulados a nossa capacidade de sociabilização, liderança, criatividade e aplicação prática do conhecimento, o que está muito além de apenas ministrar conteúdo.

Percebe-se que muito mais que ensinar, precisamos estar abertos a novos aprendizados, que somados a nossas habilidades e à alegria em poder compartilhar, nos motiva a querer ultrapassar os conhecimentos técnicos que norteiam a nossa profissão, desde modo reaprender novas formas de conquistar e formar nossos alunos, não apenas como profissionais, mas como seres comprometidos com a probidade e dignidade humana e social (PASTORE, 2018).

Eu nunca guardei rebanhos,
Mas é como se os guardasse.
Minha alma é como um pastor,
Conhece o vento e o sol
E anda pela mão das Estações.
A seguir e a olhar.
(Alberto Caeiro)

A desconstrução

É preciso
desconstruir
certezas. A
dúvida é a
coragem de
quem
transforma
possibilidades.
(Renata
Carneiro).

Assumir o lugar de docente, nos convida a despir-se de algumas verdades aprendidas para customizar uma nova veste. “Despir-se para encontrar uma nudez verdadeira. Não sem influências ou contaminações, mas mais autêntica” (VALE, 2015, p. 156). No entanto, tal processo é carregado de uma complexidade, “entre o medo de manipular o sentir e a necessidade de formar o educando”. (p. 151).

A “desconstrução” e construção de um novo papel institucional, de terapeutas ocupacionais ao SER/ESTAR docente carrega em si o desafio de validar a experiência trazida pelo aluno, numa nova roupagem, com base científica, mas sem o desqualificar. O autor acrescenta que o “papel da educação deve ser o de ajudar a compreender, avaliar e enquadrar as experiências” (p. 159) vividas pelo aluno.

Uma aluna atual do Curso, colega de classe de um dos docentes formados pela UNISO, refere, em um relato gravado e transcrito, com sua autorização, sua surpresa ao encontrar um amigo dos tempos de aula como seu atual professor. A aluna reconhece no docente características de outros docentes que já passaram pelo Curso, o que nos faz pensar nas marcas deixadas no processo de ensino-aprendizagem e a responsabilidade ética da docência. Outro aspecto pontuado pela aluna é o quanto o docente e colega de turmas se destacava quando aluno pela “sua visão para além da realidade posta, uma crítica e reflexão diferenciada, que já apontava para o perfil docente” (Transcrição de trecho).

O relato anterior indica quantas reconstruções são possíveis no percurso acadêmico. Muitos atores, tais como, colegas de turma, parceiros institucionais, usuários/pacientes/clientes atendidos, docentes vão formando o perfil profissional do aluno em graduação. Deve ser pertinente, portanto, a percepção de que tanto o perfil pessoal, quanto profissional do docente é referência técnica e afetiva para os discentes.

Considerações finais – “Ser como Pontes”

Os professores ideais são os que se fazem de pontes, que convidam os alunos a atravessarem, e depois, tendo facilitado a travessia, desmoronam-se com prazer, encorajando-os a criarem suas próprias pontes.

(Nikos Kazantzákis).

Este último tópico, que consideramos também um tópico em comum, recebe esse título por entendermos que como metáfora, terapeutas ocupacionais docentes podem ser pontes.

Em comum observamos que nesse momento pontes nos colocam numa travessia entre o desaprender da vida de prática clínica em terapia ocupacional nos diferentes campos, à vida acadêmica, proporcionando um resgate de nossas próprias vivências na formação profissional para compor uma nova identidade, de docente.

Caminhos distintos, em tempos distintos, hoje compartilhando os sabores e dissabores da função social de ser terapeuta ocupacional, docente na instituição de ensino em que nós formamos. Tamanhos os desafios dessa prática, primeiramente pela função de cuidar e ensinar ao mesmo tempo, afinal, somos terapeutas ocupacionais com toda a sensibilidade implícita na profissão. Segundo, pela confiança que a Universidade deposita ao reconhecer a qualidade dos profissionais que lança no mercado de trabalho.

Referências

ALVES, R. **O desejo de ensinar e a arte de aprender**. Campinas: Fundação Educar DPaschoal, 2014.

VALE, P. P. do. Sê inteiro. A autenticidade do sentir e a autonomia. **Interações**, Lisboa, n. 37, p. 150 - 159, 2015. disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/8470-Texto%20do%20Trabalho-23956-1-10-20160217.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A L. A. R; CRISTO, C. S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Rev. Bras. Educ. Méd**, Rio de Janeiro, v. 39, n.1, p. 143-150, 2015.

FREISLEBEN, J. M. O conceito de desaprender na doc. **Revista Ciclos**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 86-93, 2016.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p. 2133-2144, 2008.

PASTORE, M. D. N. Processos de formação e cenários de ensino-aprendizagem: discussão sobre práticas em saúde e educação em serviço no curso de graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 431-441, 2018.

ROMAN, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinicalandbiomedicalresearch**, Porto Alegre. v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017.

SAVIANI, D. História da história da educação no Brasil: um balanço prévio e necessário. **EccoS Revista Científica**, v. 10, p. 147-168, 2008.

SCHLIEMANN, A. L.; ANTONIO, J. L. Evolução histórica de metodologias ativas na UNISO. *In*: SCHLIEMANN, A. L.; ANTONIO, J. L. (orgs.). **Metodologias ativas na UNISO**: formando cidadãos participativos. Sorocaba: EdUniso, 2016. v. 1, p. 17-28.



UNISO

Missão da Universidade de Sorocaba

“Ser uma Universidade Comunitária que, por meio da integração de ensino, pesquisa e extensão, produza conhecimentos e forme profissionais, em Sorocaba e região, para serem agentes de mudanças sociais, à luz de princípios cristãos”.

ISBN: 978-65-89550-00-6



9 786589 550006

UNISO - (Filiada à Associação Brasileira das
Universidades Comunitárias – ABRUC)

www.uniso.br