

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**



FILLIPE SOUSA DA SILVA

**A APREENSÃO DO OBJETO PROFISSIONAL NA
FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

**RIO DE JANEIRO
2016**

FILLIPE SOUSA DA SILVA

A APREENSÃO DO OBJETO PROFISSIONAL NA
FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso para apresentação no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof. Me. Ricardo Lopes Correia

RIO DE JANEIRO
2017

FILLIPE SOUSA DA SILVA

A APREENSÃO DO OBJETO PROFISSIONAL NA FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso para apresentação no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau em Terapia Ocupacional.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profº Me. Ricardo Lopes Correia

Profª Dra. Fernanda de Souza Marinho

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas e todos os terapeutas ocupacionais que buscam, por meio de uma atuação crítica e libertária, a mudança do status quo social e sanitário, pelo reconhecimento e fortalecimento da autonomia e participação nas mais diversas esferas da vida como caminho à democratização da cidadania.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de manifestar meu profundo reconhecimento pelo apoio recebido durante a realização desse trabalho. Agradeço assim:

- Ao meu orientador Professor Ricardo Lopes Correia, pela parceria constituída para a realização desta pesquisa. Que me envolveu com muito cuidado e competência nos estudos sobre a Ocupação.
- Aos estudantes das disciplinas de supervisão de estágio que concordaram em colaborar com a pesquisa respondendo, gentilmente, os questionários aplicados.
- Aos docentes e colegas do curso de Terapia Ocupacional da UFRJ, por trilhar comigo um processo de devir terapeuta ocupacional.
- A minha companheira Agnes Lara E. Borges e sua família por me acolher com muito cuidado e carinho em muitas noites de trabalho.
- A todos os meus amigos pelo apoio que recebi e por entenderem que este trabalho é um dos responsáveis pelas minhas eternas ausências.
- A minha família, pelo apoio incondicional recebido, não só para a realização desse trabalho como de toda minha trajetória acadêmica, pelo carinho e suporte nos fazeres cotidiano.
- Às dificuldade, a perseverança, enfim, ao amadurecimento.

EPIGRAFE

“Fazer e saber são coisas que distinguem o homem dos outros animais (...); fazer é a ação que deifica o homem (...); a forma que nasce de suas mãos é a materialização de seu sentir e pensar (...) e esse traz consigo a necessidade de comunicar. Faz-se alguma coisa em busca de outra. E a busca será sempre a do instrumento adequado do discurso e do prazer (...); fabricar, portanto, não só é anterior ao falar, mas também a base do pensar (...)”

– Rui Chamone Jorge

“Desconhecer as vias de conhecimento objetiva (experimental) e subjetiva (explicativa) tem gerado grandes incompreensões quanto ao fazer terapêutico ocupacional, por insistir em que o homem só consegue explicar-se pelo que fala e não também pelo que faz, oferecendo primazia ao conhecimento em detrimento da capacidade de conhecer”.

– Rui Chamone Jorge

RESUMO

Introdução: As diversas concepções sobre o objeto profissional da Terapia Ocupacional desvelam fragilidades e pluralidades na constituição de sua identidade. Ante a redução unitária de definições, urge a necessidade em compreender os modos de raciocínio em que se apreendem os paradigmas da profissão e os seus modos de operar na realidade. **Objetivo:** analisar os modos de apreensão do objeto profissional da Terapia Ocupacional pelos estudantes da UFRJ e compreender as contribuições da Prática Baseada em Evidência. **Metodologia:** pesquisa descritiva exploratória de campo, com abordagem qualitativa. Foram aplicados 17 questionários, divididos em dois grupos de disciplinas de supervisão de estágio no primeiro semestre de 2017. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, com as etapas de pré-análise, categorização e interpretação do material. Esta última etapa se deu a partir dos referenciais teóricos da Ocupação Humana e Prática Baseada em Evidência. **Resultados:** Obteve-se 11 questionários respondidos, destes, foram identificadas 8 e 7 unidades de conteúdo respectivamente à cada grupo de disciplina. Observou-se prevalência e semelhança de conteúdos relacionados à insegurança dos estudantes sobre o raciocínio profissional, a supervisão de estágio como maior fonte de evidência e incongruência teoria - prática. **Conclusão:** Propõe-se a revisão das bases para formação, pela sua disposição em corroborar com a apreensão consciente do objeto profissional da Terapia Ocupacional através do paradigma da Prática Baseada em Evidência.

Descritores: Educação, Profissão de nível superior, Terapia ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: The diverse conceptions about the professional object of Occupational Therapy reveal fragilities and pluralities in the constitution of their identity. Faced with a unitary reduction of definitions, there is a need for modes of reasoning in which the paradigms of the profession are perceived and their ways of operating in reality.

Objective: to analyze apprehension of professional object of the Occupational Therapy to students from UFRJ and contributions about Evidence Based Practice.

Methodology: descriptive and exploratory research, with qualitative approach. A total of 17 questionnaires were applied, divided into two groups of training supervision subjects at the beginning of 2017. For the treatment of the data, a Content Analysis was used, with the steps of pre-analysis, categorization and interpretation of the material. This last step was given from the theoretical references of Human Occupation and Evidence Based Practice. **Results:** Obtain 11 questionnaires answered, these identified 8 and 7 content units respectively for each discipline group. Prevalence and similarity of contents related to students' insecurity about professional reasoning, supervising the internship as a major source of evidence and theory-practice incongruity were observed. **Conclusion:** It is proposed to review the bases for training, in order to corroborate with a conscious apprehension of the professional object of Occupational Therapy through the paradigm of Evidence-Based Practice.

Keywords: Education; Higher Education; Occupational therapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Histórias cruzadas: o objeto científico e a Terapia Ocupacional.....	14
1.2 Um breve histórico sobre a Ocupação e Atividade Humana.....	16
1.3. Outra história: a profissionalização da Terapia Ocupacional.....	24
1.4. Paradigma reducionista na Terapia Ocupacional.....	28
1.5. Transição paradigmática.....	29
1.6. Paradigma da Ocupação na Terapia Ocupacional.....	30
1.7. A Terapia Ocupacional no Brasil: a atividade humana enquanto objeto.....	34
1.8. Considerações sobre o Objeto Profissional: entre ocupação e atividade.....	39
1.9. A prática e educação baseada em evidências: um caminho possível para a apreensão do objeto profissional.....	44
2. OBJETIVO GERAL	52
3. MATERIAIS E MÉTODOS	53
4. RESULTADOS.....	56
5. DISCUSSÃO	62
5.1. A expressão do currículo em Terapia Ocupacional da UFRJ nos processos de apreensão do objeto profissional: a urgência pela triangulação das evidências.....	62
6. CONCLUSÃO	73
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXO	79

1. INTRODUÇÃO

No contexto atual de globalização, de ampliação da produção científica e de acesso à informação, verifica-se uma tendência importante, nas diversas áreas do conhecimento, à crescente necessidade das profissões basearem suas decisões em evidências e contribuírem de forma técnica e ética às demandas micro a macrossociais, seja no âmbito da assistência às políticas públicas.

A partir da década de 1970, o uso do termo evidência ganha notoriedade no campo científico-profissional sob um forte movimento das Ciências Médicas, em objetivar as orientações para tomadas de decisões sobre processos clínicos e epidemiológicos da população (SACKETT, ROSENBERG, *et al.*, 1996). Surge no Reino Unido um modelo denominado Medicina Baseada em Evidências (MBE), iniciado pelo epidemiologista Archibald Cochrane, sustentando que nas práticas médicas as decisões não estavam fundamentadas em resultados de pesquisa. A partir deste movimento, até os dias atuais, um aumento significativo de produções científicas é visualizado no campo biomédico, porém com forte conotação e compreensão das evidências exclusivamente como resultados de pesquisas científicas (THOMAS e PRING, 2007).

Entretanto, o conceito de evidência originariamente foi utilizado e difundido no campo da Arqueologia desde o começo do século XX, como um conjunto de elementos, “pistas”, oriundos da experiência profissional, somado aos elementos do campo, como características do solo, informações sobre a história oral e impressa de determinado local, entre outros, e o acúmulo de informações e teorias de pesquisas científicas sobre determinada temática (THOMAS e PRING, 2007). Na Arqueologia da época o resultado entre as combinações dos elementos deste conjunto contribuía para criar uma grande síntese de informações, orientando as tomadas de decisões sobre a investigação arqueológica. Estas combinações podem ser compreendidas como uma triangulação de diversos tipos de evidências que estruturam um raciocínio sobre determinada questão prática-teórica.

No entanto, vemos hoje que a compreensão no mundo acadêmico sobre evidências foi fortemente influenciada pelo saber biomédico, diversas outras profissões, de campos distintos, passaram a assumir a lógica da MBE em suas produções científicas, isso passou a gerar questionamentos sobre os modelos de

pesquisas e suas metodologias, especialmente, sobre informações que serviriam para dar respostas aos problemas cada vez mais complexos da sociedade. O que segundo Franca (2003) tornou os profissionais mais rígidos e com conhecimentos endurecidos e pouco reflexivos na experiência, seja ela clínica, educacional, social, etc., quanto na gestão de mudanças na estrutura e dinâmica política apoiada em evidências científicas. Assim, verifica-se que o conceito amplo de evidências como conjunto de elementos que orientam as tomadas de decisões sobre as questões da realidade, e portanto, formação de um raciocínio, foi reduzido ao universo da pesquisa acadêmica, determinando metodologias específicas e hierarquizadas por interesses centrados na pesquisa científica.

A MBE também tem sido adotada como método de pesquisa pela Terapia Ocupacional (TO) desde a década de 1980, pelos países anglo-saxões (MANCINI, 2011). Observa-se ainda que desde os anos 2000, a lógica da MBE alcançou o contexto da Terapia Ocupacional brasileira, ainda em passos curtos, mas com importantes tensões e problematizações sobre a constituição de seu objeto profissional.

Não obstante, observa-se que, o desconhecimento do valor social da profissão no Brasil, o baixo quantitativo de profissionais, de publicações científicas, de escolas de formação, possui de algum modo implicações com a maneira como se representa e comunica seu objeto profissional, tanto pela população em geral, como pela própria categoria de terapeutas ocupacionais, que como efeito gera fragilidades enquanto inserção em políticas públicas, inserção no mercado de trabalho e falta de compreensão e objetividade nos processos de acompanhamento, tratamento e cuidado da população em suas diversas áreas de atuação.

Resgatando os princípios do conceito de evidência, cunhado pela Arqueologia do século XX, problematiza-se o rigor dos modelos centrados no saber biomédico e como estes podem dar conta de responder as questões colocadas em dadas realidades. A capacidade do terapeuta ocupacional em fazer arranjos de informações de pesquisas, com dados do contexto de prática e de sua própria história pessoal e profissional, possibilita, de forma consciente, a tomada de decisões e a intervenção na realidade. No entanto, parece haver hoje, processos um tanto desapropriados sobre a concepção de evidências para a estruturação e conscientização de diversos tipos de raciocínios terapêuticos ocupacionais, entorno de seu objeto profissional.

No cenário brasileiro da Terapia Ocupacional a compreensão sobre evidências em uma relação direta sobre a MBE parece subsistir e deflagrar exclusivamente pesquisas no âmbito epidemiológico e clínico (SAMPAIO, MANCINI e FONSECA, 2002). Ainda que se assuma como um pressuposto – uma vez que não há uma discussão institucionalizada entorno deste assunto no Brasil, essa ideia se sustenta uma vez que a Terapia Ocupacional no Brasil vivência dois processos de constituição, que são aqui destacados como a superação de seu campo de conhecimento e prático das ciências médicas e a legitimação de sua identidade profissional (SAMPAIO, MANCINI e FONSECA, 2002).

Esse estudo, portanto, aposta na superação da MBE na prática em Terapia Ocupacional, sem deixar de compreender e contemplar sua estrutura vinculada ao uso das informações científicas. A metodologia da Prática e Educação Baseada em Evidências (PEBE) (THOMAS e PRING, 2007), é colocada nesta pesquisa como uma possibilidade de organizar e dar sentido aos pressupostos aqui levantados, de que é possível estruturar um raciocínio em Terapia Ocupacional fazendo arranjos de evidências, e que mais do que a unidirecionalidade e hierarquização do uso de achados científicos, as decisões se dão pela tomada de consciência por uma série de elementos organizados e triangulados pelo profissional e compartilhados eticamente com seu público alvo, assim como os seus pares.

A razão dessas mudanças no modo de abordar a PEBE é a necessidade de adequar uma estrutura de raciocínio e prática que corresponda às mudanças de paradigmas no interior da profissão para a compreensão do seu objeto profissional e de intervenção deste na realidade. A compreensão do objeto profissional pressupõe-se a sua importância para a construção da identidade profissional, como, de forma muito coerente, as finalidades profissionais e a sua capacidade de responder, por meio de seu objeto as demandas da realidade (CANIGLIA, 2005).

Na PEBE espera-se um processo ativo e consciente de formação do objeto profissional da Terapia Ocupacional, de modo que a apreensão coerente e objetiva de seu objeto pelo profissional, atrelado a outros elementos mais complexos de sua trajetória pessoal, profissional, científica e do contexto de atuação, poderá lhe orientar a tomar decisões sobre questões de intervenção na realidade, de forma mais técnica, ética e política, que visem desenvolver com mais força a Terapia Ocupacional como valor de uso social.

A capacidade de tomar decisões teórico-práticas sobre as compreensões e demandas da realidade, pelo terapeuta ocupacional, exige uma capacidade de reunir e triangular tais elementos.

Acredita-se que a apreensão do objeto profissional da Terapia Ocupacional é construída ao longo da formação graduada, assim como nas próprias experiências profissionais. No entanto, parece haver uma desapropriação consciente sobre os elementos que constituem as bases do raciocínio de profissionais e aqueles que orientam as tomadas de decisão na prática. As expressões do currículo acadêmico podem oferecer caminhos de respostas para esta discussão.

Como argumenta Sampaio, Mancini e Fonseca (2002) a Prática Baseada em Evidências contribui nesta formação do objeto profissional, pois diferentemente da Medicina Baseada em Evidências, em que são colocados como elementos centrais à doença, deficiência e os diversos aspectos clínicos ao terapeuta ocupacional, o que deve ser central são os desfechos ocupacionais, que a princípio poderíamos compreendê-los como os elementos que compõe o objeto profissional.

Com isso, parte-se da hipótese que a Prática e Educação Baseada em Evidência, sustentada pelos paradigmas e estruturas oriundas da Arqueologia pode ser uma metodologia importante para a apropriação do domínio profissional na formação graduada em Terapia Ocupacional, compreendendo esta metodologia como um importante referencial para a tomada de consciência do raciocínio entorno do objeto profissional da Terapia Ocupacional, em suas mais diversas contextualizações dos campos de prática.

O objetivo desta pesquisa é verificar e analisar a apreensão do objeto profissional por estudantes de Terapia Ocupacional e problematizar as bases da Prática e Educação Baseada em Evidências para a construção, percepção e uso do objeto profissional nas respostas à realidade, como raciocínios conscientes.

Para tentar chegar a dados que possam atingir nosso objetivo, esta pesquisa apresenta em sua primeira parte uma breve passagem dos marcadores históricos da Terapia Ocupacional, focalizando a relação entre objeto profissional e intervenção prática. Para tanto, nos autorizamos a apresentar dois marcadores distintos: um sobre a história do objeto e outra sobre a história da profissão Terapia Ocupacional, que demonstram ser constituições sócio históricas distintas.

Sabemos que ainda hoje, no mundo, e particularmente no Brasil, a história da profissão é nada mais do que a história oficializada por forças concêntricas de

poder, que puderam em algum momento dizer o que era e o que não era a Terapia Ocupacional. Não temos a pretensão de fazer uma reconstituição das memórias marginalizadas e desconhecidas sobre a profissão e dizer, como verdade, qual é a real história da Terapia Ocupacional, no entanto, os breves recortes dos marcadores históricos servirão para problematizar a história didatizada que ainda reproduzimos na formação graduada, e que com um tanto de certeza reconhecemos sua influência na apreensão do objeto profissional.

Em seguida, iremos aprofundar o principal marco teórico desta pesquisa, que é a Prática e Educação Baseada em Evidências. Compreendendo que esta, não é um modelo, mas sim, uma estrutura que orienta o raciocínio de compreensão e intervenção na realidade, assim, nós elegemos este referencial para apoiar a análise dos dados coletados na pesquisa, pois o mesmo possui um conjunto de valores e princípios que nos força a tomar consciência sobre o objeto profissional, como desfecho de quaisquer tipos de práticas terapêuticas ocupacionais. A estrutura da PEBE não é neutra, e assumimos isso.

E por fim, a apresentação da estrutura metodológica, e a análise dos resultados de pesquisa. Aqui, também não temos a pretensão de obter uma resposta sobre o que será verdadeiramente o objeto profissional, nossa metodologia não sustenta tal pretensão, e sim, colocar em análise o que as informações coletadas nos informam sobre a apreensão do objeto profissional, e como a PEBE pode fomentar uma leitura crítica sobre estes elementos, e considerar possibilidades de uso na formação graduada em Terapia Ocupacional.

1.1. Histórias cruzadas: o objeto científico e a Terapia Ocupacional

As concepções Ocupação e Atividade Humana acompanham a Terapia Ocupacional desde sua fundação como base de constituição de seus saberes e práticas ao abordar a realidade. Embora, suas definições e compreensões sejam um elemento chave na comunicação do trabalho e estudo da Terapia Ocupacional, os termos sofrem ambivalências e variações, uma vez que são historicamente construídos e expressos por perspectivas sociais e individuais, tanto no âmbito da profissão, como fora dela.

A diversidade de percepções em torno da Ocupação e Atividade Humana tanto no campo da terapia ocupacional quanto pelos seus sentidos comuns fazem da sua visibilidade um problema na apreensão da identidade profissional do

terapeuta ocupacional, assim como da pertinência de seus usos sociais. O que justifica a necessidade de explicitações práticas e disciplinares nos trabalhos e estudos em Terapia Ocupacional.

A fim de compreender as problematizações colocadas, destaca-se a importância de apresentar e debater dois momentos gerais de representação social destes termos. Parte-se do pressuposto da existência de uma história da Ocupação e Atividade Humana enquanto objetos científicos e outra da Terapia Ocupacional enquanto uma profissão, que para sua oficialização e legitimação científica se apropria destes constructos e modelos científicos. No conjunto das evidências históricas sobre a apreensão do objeto profissional, estes momentos não parecem ser elucidados de maneira coesa e/ou são apresentados como mutuamente relacionados e confundidos entre si.

Para Bezerra e Trindade (2013), existem duas grandes tendências de análise da gênese e constituição da profissão: a endogenista e a histórico-crítica. Essas tendências levam a conclusões divergentes que tencionam o debate quanto à apreensão do objeto no âmbito da própria Terapia Ocupacional.

A primeira, endogenista, relaciona evidências sobre a utilização da ocupação com fins terapêuticos desde a antiguidade e atribui o nascimento da profissão associado ao reconhecimento científico e a formalização dessas práticas. A segunda, histórico-crítica, sustenta a distinção de dois momentos da ocupação e defende que a origem da Terapia Ocupacional parte da necessidade de cumprimento de uma funcionalidade política e econômica de um momento específico ao desenvolvimento capitalista onde a ocupação ganha um significado particular de reprodução social das contradições de classe da estrutura econômica (BEZERRA e TRINDADE, 2013).

Num determinado período histórico é facilmente compreensível apreender o porquê da apropriação da ocupação como objeto profissional da Terapia Ocupacional; no entanto, desde o período antigo aos dias atuais, sentidos ao termo ocupação resistem às transformações sociais do tempo, emergindo a necessidade por sistematização do termo ocupação pela Terapia Ocupacional. Observamos processos muito distintos, por exemplo, entre Brasil e Estados Unidos, em que no Brasil há uma série de invenções terminológicas para “se livrar” do termo, já nos EUA observa-se a aceitação do termo e uma força em legitimá-lo como objeto da profissão. Por mais que desde o começo dos anos 2000 se observa uma maior

preocupação do termo ocupação na Terapia Ocupacional brasileira, ainda esta discussão é bastante incipiente.

O uso do termo Atividade Humana na Terapia Ocupacional parece demonstrar na literatura (MAGALHÃES, 2013; LIMA, PASTORE e OKUMA, 2011) uma tentativa de subverter processos históricos e sociais que foram distintos aos EUA, e que por tanto carecem de uma significação cultural para expressar a profissão no Brasil. Entretanto, observamos na mesma literatura que isso, desde a implantação/criação da profissão no Brasil, aquilo que se compreende como objeto profissional é carregado de ambiguidades devido à própria ausência de memórias que contornem a formação da Terapia Ocupacional brasileira.

Sem a intensão neste estudo, de fazer o resgate destas memórias, propomos elencar momentos importantes da história social que evidenciam processos distintos da Ocupação e Atividade Humana, propondo também uma relação histórica de quando estes processos se cruzaram na constituição da Terapia Ocupacional enquanto profissão, expressando uma nova compreensão de operação na realidade.

1.2 Um breve histórico sobre a Ocupação e Atividade Humana

A palavra ocupação definida pelo dicionário (FERREIRA, 2000), refere-se primeiramente ao ato de tomar posse de um lugar, seguido de: serviço; trabalho; e afazeres – no sentido de preenchimento (ocupação) do tempo. Na perspectiva das ciências sociais, o termo ocupação é empregado com o sentido de emprego, negócio ou profissão (Dicionário de Ciências Sociais, 1986).

Constantinidis (2012) em uma breve pesquisa relatada em seu artigo “*Cabeça vazia, oficina do diabo*”: *concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional* discute o termo ocupação envolvendo o senso comum, e ratifica que na linguagem cotidiana atual, a conotação dada ao termo ocupação, pela língua portuguesa, refere-se principalmente a ideia de tomar posse, de preencher um espaço vago ou de preencher um espaço de tempo (tempo livre).

Esses breves significados retratam as percepções construídas e convencionadas pela sociedade sobre o signo ocupação, e que são configuradas como uma síntese de um conjunto de influências históricas. Conforme afirma Woleck (2002, p. 6) “cada sociedade, na sua dinâmica estrutural e conjuntural, cria e recria a ocupação humana”.

As particularidades históricas das distintas apreensões da ocupação até o seu agrupamento atual, denotam também sustentação nas categorias de trabalho e emprego. Apesar dessa relação estabelecida entre ocupação e trabalho/emprego que ganha força na acentuação da sociedade industrial e capitalista, na segunda fase da Revolução Industrial, em meados do século XIX, seus sentidos remontam as sociedades mais antigas, com conotações e contextos originados nas organizações e divisões sociais de classe.

Buscando a etimologia do termo Ocupação, este deriva do latim “*occupationis*”, cuja raiz é “*occupare*” [*ocupar*] que significa: afazer, medida a tomar, tomar posse (SILVA, 1943). Na antiguidade, a palavra ocupação compreendia um domínio de atividades voltado à subsistência e satisfação pessoal, carregava consigo o *status* de condição própria das pessoas livres (WOLECK, 2002). Nesse cenário as ocupações eram compreendidas como superiores e se relacionavam a natureza ou a produção a serviço da transformação do homem como do cidadão da *polis* nos tempos clássicos, como a política, filosofia, ciência e as artes. Outro sentido comum atribuído ao termo indicava as apropriações territoriais e governamentais.

As primeiras observações sobre os efeitos curativos da ocupação vão desde a Antiguidade, “em 2600 a.C. os chineses consideravam que a doença resultava da inatividade física e utilizavam o treino físico como terapia” (MADRID e JARA, 2009, p. 34). “os egípcios deixaram, cerca de 2000 a.C., vestígios que revelam a utilização de templos onde pessoas “melancólicas” ou “insanas” eram tratadas recorrendo a jogos e onde se defendia a aplicação do tempo em ocupações agradáveis”.

Na Grécia clássica, por volta de 600 a.C., dizia-se que Asclepius, o deus da cura, utilizava cantigas, músicas e dramatizações para acalmar os delírios. Também o escritor e orador romano Sêneca (30 a.C.) defendia a utilização de cantigas e música para tratar qualquer tipo de agitação mental. Por sua vez, Hipócrates (220 d.C.) enfatizava a ligação entre o físico e a mente e recomendava a luta greco-romana, a equitação, o trabalho e os exercícios vigorosos.

De outro modo, o trabalho na Antiguidade também era uma atividade própria dos escravos e consistia em atos de servidão e submissão ditados por uma condição social em que homens eram propriedades de outros. O trabalho carregava em sua raiz a palavra “*tripalium*” [latim vulgar], instrumento de tortura Romana, e se confundia com a noção de sofrimento ou infortúnio (WOLECK, 2002).

Na Grécia clássica, considerada berço da civilização ocidental, o trabalho era representado por dois termos. Havia o trabalho *ponos* com referência à penalidade e ao esforço, e o trabalho *ergon* que designa criação, obra de arte. Essas duas raízes de significado refletem na contradição presente no conceito de trabalho até hoje: esforço, fardo, sofrimento e criação, obra de arte, recriação (WOLECK, 2002).

Na Idade Média com a ascensão do Clero e a centralidade do cristianismo como lógica de Estado, a concepção de trabalho circunscrevia na tradição judaico-cristã a noção de punição e maldição, conforme os registros do Antigo Testamento Bíblico, que passou a ser interpretado por valores metafísicos como um fardo próprio do homem na sua condição de herdeiro do pecado. "Comerás o pão com o suor de teu rosto" (Genesis. 3,19). Desse princípio bíblico decorre o valor de obrigação, dever e responsabilidade do trabalho e ao surgimento da classe trabalhadora.

Thomas Willis (1621-1675) que cunhou o termo *neurologia* e que está imortalizado no termo *polígono de Willis*, reconheceu o valor da ocupação no tratamento da insanidade. Ele defendia o encaminhamento das pessoas para ocupações que promovessem o "bom humor e a alegria", como música, dança, canto"(GORDON, 2012). "(...) Em 1798, Benjamin Rush (...), recomendava para mulheres tecer, costura e fazer manteiga, e os homens moer milho, jardinagem e roçada (...)" (TURNER *apud* TURNER et al, 2003, p.5 *apud* MADRID; JARA, 2009, p. 34).

. Na era moderna, um novo paradigma socioeconômico se estabeleceu, e esses significados substantivos da ocupação, acima citados, foram transformados acompanhando o fenômeno da organização econômica formal da sociedade (RAMOS, 1989). Nesse contexto, dá-se a compreensão da ocupação como os sentidos do trabalho com função política-ideológica geradas no acentuado processo capitalista.

O aparecimento das ocupações está ligado a um processo de divisão de trabalho e à emergência de um mercado e de uma economia monetária. Trata-se de um padrão contínuo de atividade que se prende de um lado a um ganho de vida e de outro a uma definição de status (Dicionário de Ciências Sociais, 1986).

Na Idade Moderna a estrutura das ocupações é descrita e classificada pela influência da aplicação da ciência ao processo de produção e, portanto, pelo desenvolvimento da tecnologia, pela divisão e organização do trabalho, pela

expansão dos mercados, dos pólos industriais e comerciais e dos fluxos financeiros (RAMOS, 1989).

Neste período, como argumenta Soares (1991) os processos industrializantes da vida humana, coisifica o homem, fazendo de sua força de trabalho uma mera abstração parcelada pertinente à lógica de mercado.

Os resultados deste processo, como ditos pela autora, é a alienação do humano sobre os seus modos de produção e relação e transformação do ambiente. A ciência, como forma de incorporar, neste processo, a alienação como o atributo ambivalente, entre o positivo e o negativo, procura incessantemente tecnologias que visem a sua acentuação e enfrentamento.

As ciências médicas, na idade moderna, expressa este valor capital e de Estado, em assumir um poder social e jurídico de patologizar e medicalizar a experiência ocupacional humana, compreendida como trabalho.

[...] a saúde, como valor biológico, pode ser considerada como um atributo da força de trabalho, para que ela melhor possa ser consumida no processo produtivo. Porém, paradoxalmente, a força de trabalho como mercadoria incorpora para sua manutenção um 'quantum' de trabalho, cujo efeito não é aumentar o seu valor, mas sim possibilitar o aumento da sua exploração (AROUCA, 1978, p. 143 *apud* SOARES, 1991, p. 41-42).

O uso da ocupação como meio de intervenção médico-social e jurídico, na era moderna, ganha lugar de destaque a partir da filosofia humanista com o "tratamento moral". Criado pelo francês Philippe Pinel, a partir da iniciativa em abordar a loucura por uma perspectiva mais médico-moral. A loucura até então tratada sob o lugar do diferente, do perigoso, fantasioso e desconhecido passa a ser tratada sob o imperativo terapêutico; isto é, como um quadro de alienação mental, o qual provinha de um desequilíbrio patológico das paixões no funcionamento mental (AMARANTE, 2007).

O tratamento moral surgiu na Europa do século XVIII a XIX, e contribuiu para um novo modelo de civilização e comportamento social, como a reforma do regimento dos antigos asilos da Idade Média, e com a fundação dos primeiros hospitais psiquiátricos (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001; KIELHOFNER, 2006).

O tratamento moral fez uso da ocupação como premissa de resgatar a razão dos loucos e devolver-lhes o senso da realidade. Consistia "na soma de princípios e medidas que, impostos aos doentes mentais, pretendiam reeducar a mente, afastar

os delírios, as ilusões e chamar à consciência à realidade” (AMARANTE, 2007, p. 33).

“A ocupação era entendida como uso intencional do tempo, energia, interesses e atenção, sendo que o tratamento do doente mental era baseado em atividades diárias com propósito para os sujeitos” (CAZEIRO, BASTOS, *et al.*, 2011, p. 11). “Dentre as mais importantes estratégias deste tratamento estava o que Pinel denominava ‘trabalho terapêutico’” (AMARANTE, 2007, p. 33). Observa-se ainda que na sua perspectiva terapêutica de reequilibrar as paixões é providenciada a experiência de um cotidiano mais concreto, com problemas bem definidos, evidenciado nos modos de vida mais conectados com a natureza.

“a concepção de ocupação implícita na visão do tratamento moral, corresponde a atividades organizadas e estruturas, e se caracterizam pela ênfase no trabalho dentro do imaginário da vida rural, em que são realizadas principalmente atividades rurais, de convívio com a natureza” (MADRID e JARA, 2009, p. 40) – (original em espanhol).

Contudo, o tratamento moral no contexto de funcionamento dos manicômios legitimava o papel das regras sociais da nova sociedade pós-revolução francesa, em que a ocupação passa a ser influenciada pela organização econômica e científica do capitalismo, dando ao trabalho-produção lugar de destaque (BEZERRA, 2011). Revestido de um espírito político-ideológico, em que o trabalho passa a inferir também sobre o caráter das pessoas “a autoridade do gestor do tratamento moral emanava da ordem moral e social, e não do conhecimento científico” (GROB, 1994 *apud* GORDON, 2011). Esse método se expandiu até metade do século XIX quando passou por um período de pouco reconhecimento nas práticas médicas.

Entre os séculos XIX e XX houve o declínio do tratamento moral, no entanto, no início do século XX observou-se a re-emergência das ideias quanto os seus princípios. O neuropatologista Adolf Meyer, EUA, adotou princípios do tratamento moral para desenvolver sua “Teoria da Psicobiologia”, que se baseava nas relações entre padrões de hábitos e doença mental. Essa teoria reconhecia que a saúde estava vinculada às experiências diárias de um mundo físico e social complexo. O foco da sua abordagem era mais sobre o estilo de vida dos indivíduos e os mecanismos de organização do seu comportamento do que sobre sua doença.

[...] o problema é a desorganização do papel social; a metodologia de intervenção baseia-se na utilização ativa e intencional do tempo, dividido equilibradamente entre trabalho, repouso, lazer e sono; o objetivo era organizar o comportamento (CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 24).

A ocupação era vista como uma força de cura unificadora entre a mente (intangível) e o corpo (tangível). A ocupação vem por meio da vontade, um impulso intrínseco que dirige o corpo e a mente em formação (MADRID e JARA, 2009), para que o 'homem' retome seu trabalho produtivo.

Neste percurso histórico evidencia-se o modo como a ocupação compreendida e significada como trabalho produtivo/emprego apreendeu valores científicos, sociais e jurídicos entorno do binômio trabalho-cura nas experiências cotidianas, passando a ser utilizada na realidade como tecnologias interventivas, em especial pelo saber Médico.

Com a expansão geográfica das cidades e a multiplicidade de dinâmicas sociais, decorrentes do processo de industrialização e capital, problemas sociais e econômicos vão ficando cada vez mais acentuados, assim como novas problemáticas também vão surgindo.

O saber médico-jurídico neste período assume o controle social do desenvolvimento das cidades, e institucionaliza práticas de enfrentamento, como vistas desde o tratamento moral.

Os riscos envolvidos na desapropriação entre o homem e o seu trabalho, enquanto fonte de identidade e de autorealização, e a crescente produção e acentuação de problemáticas sociais, coloca no início do século XX a discussão sobre o resgate de valores humanizadores sobre a produção e o mercado.

Seguindo a perspectiva da filosofia humanista, o movimento *Arts and Crafts*, originado na Inglaterra e nos Estados Unidos, foi um complexo artístico, ético, ecológico impulsionado por artistas plásticos, arquitetos, artesãos, poetas, escritores e ativistas políticos progressistas, que estavam determinados a resistir a crescente expansão do modelo de produção industrial, refletindo a deterioração da relação vital entre o trabalho e o trabalhador (MADRID, JARA, 2009; CAZEIRO, BASTOS, *et al.*, 2011)

Inspirado nos ideais românticos fomentou a importância da produção artesanal como uma maneira para a revolução social e existencial do trabalhador (MADRID e JARA, 2009).

Nesta perspectiva do movimento *Arts and Crafts* a crítica à indústria e sua divisão do trabalho acompanha o desejo do retorno à multiplicidade de ações e fazeres presentes do cotidiano, considerados valiosos para a vida dos sujeitos. A separação entre arte e artesanato, ou entre objetos de uso cotidiano e de contemplação não fazia mais sentido. Cozinhar, coser ou plantar eram consideradas

como experiências estéticas significativas (RUSKIN, 1992, 2004 *apud* CAZEIRO, BASTOS, *et al.*, 2011, p.13). Nessa perspectiva a ocupação tem um valor estético e qualitativo, isto é, não importa somente o produto, mas também o homem que é produzido durante o seu fazer. Sendo assim, a execução manual é a expressão do ser humano enquanto sujeito da realidade, fonte de saúde, pertencimento e comunhão local.

Além destes fortes movimentos como o uso do termo ocupação significando trabalho/emprego e conjunto destes para cura-controle social é possível verificar na história o uso da ocupação como apropriação territorial. Este significado é dado desde os marcadores históricos que deflagram os processos colonizadores dos continentes (ROCHA e CELESTINO, 2010).

Não só no Brasil, como em todo o mundo, o uso e apropriação de terras está diretamente relacionado à obtenção de capital econômico e delimitação de poder e controle social, sendo atualmente recorrente o uso do termo ocupação, como ocupação de terras que no Brasil, segundo Rocha e Celestino (2010) se institucionalizou com a Lei Dom Fernando I, chamada de Lei das Sesmarias de Portugal, desde o século XIII, mas que se oficializa no Brasil em 1530, quando diversas regiões territoriais no então recém-colonizado Brasil, passa a ser dividido por sorteio entre os membros da família imperial e outros indicados, para o uso e apropriação com fins econômicos e povoamento do território brasileiro.

Na Constituição Federal de 1988, a ocupação territorial no Brasil pouco se modificou da Lei de Sesmarias, reforçando as desigualdades pelo uso de terra e sobrevalendo a produção econômica como fatores de legitimação e apropriação.

Vítima da velha oligarquia rural, o Brasil não teve um avanço social como ocorreu na Europa no século 19 e nem uma ocupação dos territórios do nordeste e do centro-oeste como aconteceu nos Estados Unidos. O Brasil seguiu o modelo do latifúndio, distribuindo muita terra para poucos, principalmente nas áreas mais acessíveis e com o passar dos anos a posse foi o caminho para os pequenos produtores pudessem ter acesso a terra (ROCHA e CELESTINO, 2010, p. 006).

Com estes marcadores históricos verificamos que o conceito de ocupação variou com o tempo e sem dúvida sua conotação tem uma implicação filosófica e sociológica correspondente ao quadro de referência que cada sociedade lhe empresta, podendo observar que enfoques políticos, religiosos e culturais foram incluídos em seu significado, para chegar até a sua sistematização e comercialização na sociedade industrial e de massas.

O termo ocupação segundo o seu caráter ideológico e signo linguístico, como o dinamismo próprio das suas significações e a descentralização normativa que lhe é constitutiva, enuncia um campo que denuncia a uma verdade totalizadora de seus significados: a ocupação como o conjunto de atividades de trabalho/emprego para apreender o tempo social e gerar processos de cura e controle da sociedade, sustentados num universo social crescente de acúmulo de capital econômico e de poder.

Partindo do pressuposto que as mudanças que ocorreram ao longo desta história estiveram nas compreensões e invenções da estrutura social e filosófica, o termo ocupação foi o objeto linguístico de expressão concreta destes processos. Assim, parece-nos emergente compreender de modo mais crítico, as novas estruturas filosóficas e sociais do mundo contemporâneo e buscar as re-semantizações do termo ocupação que foram debatidas. O que a ocupação enquanto objeto social expressa hoje?

Para isso, é importante problematizar que as profissões, como áreas técnicas de intervenção na realidade, expressam em sua operacionalização prática os sentidos dos valores sociais e filosóficos instituídos ao longo da história. Elas não desaparecem, mas se resignificam ou se reproduzem acriticamente.

Se a ocupação possui a sua história particular, quando e como determinadas profissões como a Terapia Ocupacional se apropriou, se ocupou, do termo ocupação para expressar e operacionalizar a sua prática?

A ocupação, enquanto um objeto científico é, portanto, anterior à própria Terapia Ocupacional, no entanto, estas se encontraram em um determinado momento histórico, em que a ocupação expressava determinadas forças, valores e princípios, como um modo de compreender e intervir na realidade.

Será a Terapia Ocupacional responsável por re-semantizar a ocupação? Ou será função da nova Ciência da Ocupação? O que destes processos históricos nos permitem apreender o objeto da Terapia Ocupacional? E da Ciência da Ocupação? Será a ocupação o objeto da Terapia Ocupacional? Qual a razão da Terapia Ocupacional se chamar Terapia Ocupacional? Como nos envolvemos nas respostas destas questões?

1.3. Outra história: a profissionalização da Terapia Ocupacional

Os processos históricos que levaram ao surgimento da Terapia Ocupacional começaram a ser disseminados a partir da filosofia humanista, em fins do século XIX, nos EUA, com os movimentos oriundos do tratamento moral em grande parte, e do *Arts and Craft*, decorrendo na elaboração de um conjunto de conceitos e práticas de intervenção nas áreas da saúde e social que deram sustentação ao reconhecimento, futuramente, a uma nova categoria profissional.

Talvez caiba uma questão quase que afirmativa, de que os movimentos precursores destacados aqui, entorno da ocupação, subsidiaram o surgimento da Terapia Ocupacional, mas não eram em *strito senso* uma profissão, mas sim um conjunto de práticas e abordagens, utilizadas em especial por outros profissionais como médicos, enfermeiras e assistentes sociais.

Paralelo ao campo da psiquiatria, por exemplo, acompanhando o cenário científico e social dos EUA, práticas que envolviam o uso terapêutico da ocupação vinham sendo disseminadas pela enfermeira Susan E. Tracy, considerada a primeira docente a formar enfermeiras para usar ocupações para inválidos, em cursos de curta duração (SOARES, 2011) que passaram a se chamar enfermeiros do trabalho ou reconstrutores da vida (GÓMEZ, 1994 *apud* MADRID; JARA, 2009).

Para Susan E. Tracy a ocupação era um meio para curar uma doença, que devia ser disciplinada e estar em relação direta com o efeito a ser alcançado nos seres humanos. Às capacidades ou o interesse que os pacientes poderiam possuir não eram considerados nessa perspectiva.

Ela aplicou os princípios do tratamento moral com os pacientes agudos e escreveu que certas ocupações assemelham-se a remédios, tendo efeitos estimulantes, sedativos, analgésicos (...). Ele analisou o valor dos materiais e insistiu que o valor terapêutico era maior que um artigo bem feito e útil produzido, desse modo, o paciente era o produto e não o item que faz (Gómez, 1994, p.15 *apud* Madrid; Jara, 2009, p. 48) – (tradução livre dos autores).

A ocupação também reaparece na saúde com Eleanor Clark Slagle, assistente social, que iniciou a implementação da ocupação em enfermarias hospitalares e no tratamento de reabilitação. Slagle trabalhou com Adolf Meyer na Clínica Phillips, e desenvolveu com base na Teoria Psicobiológica e no Movimento de *Arts and Crafts* o Programa de Treinamento de Hábitos em hospitais para doentes mentais, visando restabelecer hábitos saudáveis de cuidados pessoais e comportamento social. Seu método consistia em pequenos grupos de supervisão durante o dia, seguindo uma escala de atividades que incluía autocuidado e higiene

peçoal, classes de ocupações, caminhadas, refeições, atividades de recreação e exercícios físicos. Os pacientes eram encorajados a assumir a responsabilidade pela execução de sua rotina (CAZEIRO, BASTOS, *et al.*, 2011).

Eleanor Clarck Slagle utilizava abordagens do leito ao *setting* de treinamento manual, criando uma série de passos que o paciente poderia progredir da sala de leito ao atelier. Para Slagle a ocupação se estabelecia como uma força de cura contra uma doença e uma ênfase sobre uma finalidade (produto acabado, ou a recuperação da função), sobre os meios para poder alcançá-las (MADRID e JARA, 2009). Portanto, reconhecer o papel da vontade, como afirmava nessa publicação "lembre-se que a recuperação da capacidade física sem a mediação da vontade é inútil" (SLAGLE; ROBESON, 1941; KIELHOFNER, 2006 *apud* MADRID; JARA, 2009, p. 49).

Tracy e Slagle, como precursoras e fundadoras da Terapia Ocupacional forneciam um tratamento significativo por sua conduta holística, curando não apenas o corpo do paciente, mas também a mente. "Isso produziu um reforço na atenção e no interesse que ajudariam a, mais tarde, impulsionar a Terapia Ocupacional para a condição de profissão" (GORDON, 2002; QUIROGA, 1995 *apud* GORDON, 2011).

Foi Adolph Meyer quem notavelmente elaborou os postulados da filosofia precursora da Terapia Ocupacional. Estes princípios foram compartilhados e difundidos a partir da fundação da Associação Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional 1917 nos Estados Unidos (KIELHOFNER, 2006 *apud* MADRID; JARA, 2009). Em seu artigo nomeado *Filosofia da Terapia Ocupacional* de 1922, adotou o potencial do pensamento científico e do progresso para melhora da condição humana (GORDON, 2011).

A Terapia Ocupacional enquanto profissão surgiu assim, na segunda década do século XX nos EUA, resultado da compartimentalização do conhecimento, com a consequente especialização do trabalho – como condição inevitável de seu reconhecimento formal na moderna estrutura das ocupações – e teve seu alcance profissional, em grande medida, diversificando segundo o campo médico ao qual ela se associou (ortopedia, neurologia geriatria, psiquiatria, etc.) (SOARES, 2011).

Seu surgimento iniciou pela oferta de cursos de formação, seguida da organização da categoria, em 1917, na Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional (depois chamada Associação Americana de Terapia Ocupacional). Esta idealizada por George Edward Barton, que foi seu primeiro

presidente, um arquiteto que havia experimentado os efeitos benéficos do trabalho quando vivenciou uma situação de adoecimento. O mesmo cunhou o termo Terapia Ocupacional a fim de agrupar as muitas formas de tratamento que existiam desde o seu início (SOARES, 1991; GORDON, 2011).

Foi Barton o primeiro a utilizar o termo Terapia Ocupacional e a definia como “cura mediante o trabalho”. Nesse contexto o termo trabalho e ocupação eram utilizados de forma indistintos (DUNLOP, 1933 *apud* PONTES e POLATAJKO, 2016, p. 2).

Voltando aos marcos da institucionalização, a primeira escola profissional foi criada no mesmo ano da associação nacional. Em 1921 foi aprovado o padrão mínimo de formação, revisado em 1932, além do registro profissional. O credenciamento de cursos ocorreu em 1938 (SOARES, 1991).

Para De Carlo e Bartalotti (2001) esse processo de organização da Terapia Ocupacional, como categoria profissional e como profissão da área da saúde está bastante ligada ao período da Primeira Guerra Mundial, com o aumento dos incapacitados e neuróticos de guerra.

Nas décadas de 1930 e 40, a Terapia Ocupacional enraizou-se na ciência médica para estabelecer legitimidade enquanto profissão da saúde. Assim, passou a ser exigida em maior conhecimento das patologias e por intervenções mais definidas aos padrões científicos, pois o tratamento pela ocupação (fundamentado no Paradigma da Ocupação) era considerado não científico (CARLO e BARTALOTTI, 2001). Por exemplo;

O holismo de Meyer (com a perspectiva do homem interagindo no ambiente), considerado como não-científico, perdeu influência e entrou em decadência. A Terapia Ocupacional passou a privilegiar o cuidado diretamente dos problemas motores da incapacidade física e da patologia intrapsíquica da doença mental, adaptando-se ao novo modelo médico para, dessa forma, adquirir maior reconhecimento profissional e social (CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 28).

Durante as décadas de 1940 a 60, juntamente com outros grupos profissionais emergentes, a Terapia Ocupacional associou-se ao Movimento Internacional de Reabilitação, nascido de uma necessidade da população de atendimento em especial na área das disfunções físicas. Foi um período de intensas transformações na saúde com a capitalização nos hospitais, desenvolvimento industrial de materiais, equipamentos e produtos farmacêuticos; configurou ainda

novas práticas de saúde permeada de especializações clínicas, fundamentadas em teorias anatomopatológicas (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001; SOARES, 2011).

A nova base teórica diferenciou a terapia ocupacional em abordagens, conforme a especialidade médica à qual se associou, e colocou objeto de estudo da profissão em segundo plano (SOARES, 2011) “A base teórica usada conscientemente pelo terapeuta ocupacional durante esse período era, na melhor das hipóteses, embriônica. A ênfase estava na técnica mais do que na teoria” (MOSEY, 1979, pp.48-9 *apud* DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 29).

Nos anos 1960 e 1970 constituíram um período de mudança e crescimento para a profissão, à medida que esta se esforçava para incorporar as novas influências da saúde e tentava se adequar ao rápido crescimento da profissão nas últimas décadas. A Terapia Ocupacional então foi se apropriando de um arsenal teórico para sustentar sua prática, saindo gradativamente da tutela médica (GORDON, 2011; DRUMMOND, 2011).

Desse modo, o seu desenvolvimento disciplinar no âmbito internacional – especialmente, nos países anglo-saxões – decorreu de um movimento gradual pela recuperação dos princípios orientadores da profissão com o resgate da ocupação eleito como a premissa básica para união, emancipação da categoria e objeto de desenvolvimento disciplinar da Terapia Ocupacional.

Como profissão, a Terapia Ocupacional se constituiu sobre uma apreensão política, organizada e formalizada, a partir das expressões e dinâmicas da vida social do começo do século XX, em que diversas mudanças e acentuações da economia ocupavam centralidade nos processos de produção (SOARES, 1991).

Na busca por adequar sua imagem enquanto profissão na época, a Terapia Ocupacional se associou ao campo da Ciência Médica para garantir sua legitimidade (GORDON, 2011), embora reconhecesse as antigas tradições do uso da ocupação como uma medida curativa, transformadora e emancipatória do ser humano, a Terapia Ocupacional buscou se adequar ao contexto social e político da época: responder a demanda de resgatar a força de trabalho da população e operar sob o controle social (BEZERRA, 2011), funções parceladas do próprio saber médico-jurídico.

Desde a sua constituição e formalização enquanto profissão a Terapia Ocupacional investiu diversas formas de conhecimento para apreender o seu objeto

profissional, ora em tentativas de invenção de valores e princípios, ora na re-criação de processos dados historicamente.

1.4. Paradigma reducionista na Terapia Ocupacional

No paradigma reducionista houve a seleção e diluição das ocupações em atividades que apresentassem propriedades específicas para que servisse de recurso terapêutico. Portanto, as abordagens técnicas se dividiam segundo a clientela, com atividades próprias à cada tipo de deficiência. Kielhofner & Burke (1985) resumem as teorias nas primeiras décadas da profissão em três modelos, a saber: cinesiológico, o modelo psicanalítico e o modelo neurológico (KIELHOFNER & BURKE, 1985 *apud* SOARES, 1991, p. 211).

O modelo cinesiológico (a partir do estudo do movimento), uma das correntes científicas da profissão, as atividades são apreendidas como exercícios (FRANCISCO, 1988, p. 36-42).

A atividade passa a ser analisada e prescrita segundo a movimentação que ela realiza, a respectiva tonicidade muscular, desenvolvimento de habilidades, coordenação de movimentos, resistência física e promoção de estabilidade psicológica através do ajustamento às limitações "físicas" (SOARES, 1991, p. 213).

O terapeuta ocupacional deste modelo tornou-se especialista em análise de equipamentos adaptados, em exercícios progressivos de resistência, em atividades de vida diária, em treinamento de hábitos de trabalho, resistência à fadiga, e programa pré-vocacional (SOARES, 1991).

O modelo psicanalítico, utilizando conceitos psicodinâmicos para a análise e aplicação terapêutica da atividade, pelo enfoque intrapsíquico proposto pelo casal Fidler & Fidler possibilitou avanços significativos na compreensão da conduta de pacientes psiquiátricos. "Contrapunha à concepção de exercício para o trabalho do tratamento moral, e ao tratamento de sintomas praticado pela corrente organicista e também ao trabalho do paciente como fonte de recursos para o hospital" (SOARES, 1991, p. 167). As atividades então são apreendidas como meio de expressão (FRANCISCO, 1988, pp. 46-50).

O modelo psicanalítico adota as atividades artesanais, expressivas e outras para a conscientização e compreensão dos conflitos intrapsíquicos, para darem vazão, sublimação e catarse a estes sentimentos e pensamentos conflituosos. Ao terapeuta caberia provocar o comportamento saudável do paciente (SOARES, 1991, p. 215).

Neste modelo, a ocupação é entendida como um meio para projetar emoções internas e processos psicológicos complexos. "Os objetivos do tratamento se tornaram a comunicação efetiva e a expressão e redução de sintomas" (Kielhofner &

Burke, 1985, p.23 *apud* SOARES, 1991). A partir dessa perspectiva sobre a ocupação também se passou a fazer a leitura e detecção das disfunções intrapsíquicas, dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional. Dando assim, suporte ao diagnóstico psiquiátrico (MADRID e JARA, 2009).

O modelo neurológico, baseado no vínculo entre percepção e motricidade, devido a descobertas da neurociência básica na década de 1950, concretizaram algumas técnicas de tratamento que deram a Terapia Ocupacional uma perspectiva biomédica funcional. “A ocupação é concebida como atividades previamente projetadas, e elaboradas em função de déficits específicos que se apresentam no ser humano” (MADRID e JARA, 2009, p. 55) – (original em espanhol).

“As ocupações podem ser analisadas, decompostas em sequências, graduadas, padronizadas e orientadas para objetivos específicos impostos pelo terapeuta ocupacional” (MADRID e JARA, 2009, p. 55). – (original em espanhol). Por meio das ocupações, se permite chegar aos objetivos de estimular o desenvolvimento sensório-perceptivo-motor anormal, para permitir sua funcionalidade normal. Seja ao nível preventivo ou na assistência, habilitando o indivíduo ao desempenho de atividades de vida diária, entre outras (SOARES, 1991; MADRID; JARA, 2009).

1.5. Transição paradigmática

Com os avanços da Ciência na área de pesquisa neurocomportamental, surgem novos conceitos e abordagens de tratamento na Terapia Ocupacional, possivelmente a mais inovadora dessas abordagens está a Integração Sensorial desenvolvida por A. Jean Ayres (AYRES, 1972,1979 *apud* GORDON, 2011).

Ayres incorporou uma perspectiva evolutiva à sua tentativa de explicar como as experiências sensoriais são compreendidas, incorporadas e utilizadas pelos seres humanos para permitir a adaptação do comportamento da pessoa. Seu trabalho pioneiro nesta área foi de muitas maneiras notável, integrando novas ideias sobre a plasticidade neural e a importância da informação sensorial no desenvolvimento normal e saudável do cérebro e do sistema nervoso (GORDON, 2011, p.211).

Durante sua carreira como terapeuta ocupacional, Ayres vivenciou uma transição paradigmática, isto é, do reducionismo, ao desenvolvimento de uma teoria baseada na ocupação, por uma perspectiva integradora, incluindo bases científicas da neurociência e educação (AYRES, 1998; KIELHOFNER, 2006; WALKER & MENKS, 2004 *apud* MADRID; JARA, 2009).

Nesse modelo da Integração Sensorial, a ocupação passou a ser apreendida como um meio natural pelo qual o ser humano integra informações sensoriais do ambiente. Permitindo, assim, a organização dos seus sistemas internos, o que facilita o desenvolvimento de respostas adaptativas em seus ambientes (MADRID e JARA, 2009). Parte-se do princípio, portanto, de que “a ocupação pode aumentar a complexidade, favorecendo a aquisição de novas competências, que por sua vez promove o desenvolvimento de novas ocupações” (MADRID e JARA, 2009, p. 65) – (original em espanhol).

1.6. Paradigma da Ocupação na Terapia Ocupacional

Houve um notório crescimento na profissão desde a Segunda Guerra Mundial, com vasto quantitativo de terapeutas ocupacionais disseminados pelo mundo. No entanto, todo este crescimento imediato, e todas estas mudanças e concessões custaram-na a identidade e o distanciamento dos seus fundamentos. Gordon (2011) afirma que muitos terapeutas ocupacionais sentiram que a profissão havia perdido suas âncoras e o curso originalmente projetado.

Então, houve um movimento de investimento em explicitar os fundamentos da profissão que se consolidou na década de 1970 (DRUMMOND, 2011). Mary Reilly (1962) foi à terapeuta ocupacional pioneira dessa iniciativa em quebrar o paradigma de reducionismo, promovendo o uso de uma perspectiva holística sobre a saúde, que considerava a vontade do paciente sobre o desempenho satisfatório das ocupações. (MADRID e JARA, 2009). Reilly desafiou a categoria a trabalhar de maneira mais cuidadosa para a compreensão da ocupação a partir de uma perspectiva interdisciplinar, incluindo os recentes achados em sociologia, psicologia, filosofia, economia e biologia (GORDON, 2011; DRUMMOND, 2011) Ela exigiu um retorno à crença fundamental da Terapia Ocupacional “de que o homem, por meio do uso de suas mãos, quando elas são energizadas pela mente e pela vontade, pode influenciar o seu estado de saúde” (REILLY, 1962, p. 2 apud GORDON, 2011).

O Comportamento Ocupacional desenvolvido por Mary Reilly, nos anos 60 e 70, consistia numa teoria centrada na ocupação (MADRID e JARA, 2009). Concebia que a ocupação é algo inerente ao ser humano, permitindo o desenvolvimento de habilidades para a vida. Quando realizada, é por si mesma positiva para sua saúde. “Os benefícios de ocupação são projetados ao longo do tempo mediante o

desenvolvimento dos seres humanos” (MADRID e JARA, 2009, p. 62) – (original em espanhol).

.Elizabeth June Yerxa (1967, 2005) observou que “a atitude científica não é incompatível com a preocupação com o cliente como ser humano, mas pode ser uma das melhores razões para atuar considerando essa preocupação” (p.128 *apud* GORDON, 2011, p. 213).

Yerxa acreditava que a profissão devia focar-se em seus valores únicos, de modo a permitir que o cliente exercite sua escolha de engajamento na “atividade propositada auto iniciada” (YERXA,1967; 2005, p.134 *apud* GORDON, 2011, p. 213).

Para atingir essa meta, podemos estar realmente comprometidos com as metas do cliente, com um envolvimento sincero em sua experiência de cura, enquanto estabelecemos uma relação mútua e significativa com nossos clientes durante seu processo de recuperação (YERXA,1967; 2005, p.134 *apud* GORDON, 2011, p. 213).

Isto certamente permanece como o padrão-ouro de prática até nossos dias.

Os avanços nas ciências comportamentais foram observados como de enorme potencial para o enriquecimento da profissão e de suas práticas, ajudando a lidar com o sentimento de alguns profissionais de que ela se perdera no modelo médico durante o rápido crescimento na era pós-Segunda Guerra Mundial (DASIO, 1971 *apud* GORDON, 2011).

Em 1977 Kielhofner e Burke fizeram um abrangente estudo da análise histórica sobre os paradigmas da Terapia Ocupacional, cujas raízes foram caracterizadas como fortemente humanista, mas gravitando na direção de uma prática cada vez mais reducionista, focando-se mais sobre partes do corpo e funções isoladas do que sobre grandes grupos de ocupações e o significado associado ao engajamento. Esse afastamento foi descrito como uma crise do pensamento profissional.

Neste caminho e preocupações, Gary Kielhofner (2002) desenvolveu o Modelo da Ocupação Humana, publicado em 1985, em que integra conhecimento base da ocupação à uma ciência aplicada, e desde então, este modelo vem sendo utilizado para aumentar a compreensão científica da prática em Terapia Ocupacional (GORDON, 2011).

No Modelo da Ocupação Humana, a ocupação é vista como essencial à organização própria do homem. Por meio dela, Kielhofner (2002), entende que as pessoas exercitam suas capacidades e geram experiências, em geral, típicas para cada ciclo de vida, compondo trajetórias de vida que constituem ciclos benignos ou viciosos (DRUMMOND, 2011, p. 11).

Acompanhando o Modelo da Ocupação Humana enquanto ciência aplicada, O Modelo Canadense do Desempenho Ocupacional (MCDO) tornou-se um grande expoente mundial da prática centrada na ocupação. Fruto de um conjunto de mobilizações intelectuais e políticas no Canadá, foi publicado em 1983, posteriormente, revisto em 1987 e 1997, onde ele recebe o seu nome atual (SIMO ALGADO & URBANOWSKI, 2006, POLONIO, 2003; POLONIO *et al*, 2001; KIELHOFNER, 2006 *apud* MADRID e JARA, 2009).

A ocupação é concebida como ações que podem ser denominadas por grupos de seres humanos, que dão valor e significado a ela. Portanto, se encontram preestabelecidas por um meio, o qual a define, a constroem, e a transforma. Contudo, surgem a partir da interação de seres humanos com o seu ambiente. E tem um valor terapêutico para os seres humanos. As autonomias de escolha das ocupações promovem a saúde e equilíbrio dos seres humanos (MADRID; JARA, 2009, p. 79) – (tradução livre dos autores).

Dando seguimento a empreitada política dos terapeutas ocupacionais do países anglo-saxões em estar na vanguarda dos fundamentos da profissão, surge a partir da compreensão sobre o desenvolvimento científico da ocupação humana como uma ciência social básica a Ciência Ocupacional na *University of Southen California* (EUA) fundada em 1989 por Elizabeth Yerxa (DRUMMOND, 2011, p. 11). Apesar de ser considerada uma ciência social básica, duas grandes teorias a popularizou. A primeira, o Modelo da Forma e Performance Ocupacional de David Nelson, em que a ocupação é apreendida por três grandes chaves de análise, denominadas:

forma da ocupação (relacionada aos aspectos da ocupação diretamente observáveis), função da ocupação (caminhos pelos quais a ocupação promove saúde, bem-estar, qualidade de vida) e significado da ocupação (importância da ocupação dentro do contexto de vida e da cultura), os autores vêm produzindo várias pesquisas sobre a ocupação, utilizando-se de conhecimentos interdisciplinares (DRUMMOND, 2011, p. 11) – grifos nossos.

Outro Modelo responsável pela disseminação internacional da Ciência Ocupacional é a Teoria da Natureza Ocupacional do Ser Humano, de Ann Wilcock relacionando Ocupação e Saúde, publicada em 1998 na Austrália, em seu livro

“Uma perspectiva ocupacional de saúde” (WILCOCK, 2006; YERXA, 1998 *apud* MADRID; JARA, 2009).

A teoria conecta conceitos de Saúde Pública, Sociologia, Antropologia, Medicina e Ciência Ocupacional (MADRID e JARA, 2009, p. 70). Tem como premissa considerar a ocupação e as suas consequências, em qualquer situação, pode ser modificada para o desenvolvimento de competências pessoais e engajamento saudável, bem como a defesa aos direitos ocupacionais da população e da saúde ocupacional (WILCOCK, 2001; WALKER & MENKS, 2004 *apud* MADRID; JARA, 2009, p. 70) A teoria de Ann Wilcock, vê a ocupação como um elemento humanizador e socializador que se relacionam com a qualidade de vida. Madrid e Jara (2009) destacam as possíveis concepções sobre a ocupação presente nesse estudo.

a ocupação é o elemento que concede à humanidade ao homem, que lhe permite influenciar seu ambiente, construir a sociedade, a cultura e manter a sobrevivência em relação a outros seres humanos. as ocupações geram outras ocupações que podem ser prejudiciais ou favoráveis para os seres humanos. A ocupação é concebida como um meio para se adaptar ao ambiente, ao desenvolvimento de capacidade pelos seres humanos. A ocupação evolui, se transforma, gera trocas nas sociedades e no ecossistema, gerando trocas entre os seres humanos. As ocupações em conjunto com o seu ambiente podem privar os seres humanos de sua condição humana, podendo "fazer", mas não "ocupar-se" (MADRID; JARA, 2009, p. 72-73).

Os últimos avanços do desenvolvimento da Terapia Ocupacional e Ciência Ocupacional são representados pelas perspectivas transculturais sobre a Ocupação. Nessa categoria incluem o Modelo Kawa de Michael Iwama e a perspectiva política e social da Terapia Ocupacional por Frank Kronenberg, Salvador Simó Algado e Nick Pollard.

O Modelo Kawa é um modelo conceitual para a prática da Terapia Ocupacional, que considera seu foco de ação em indivíduos e comunidades, que valorizam e dialogam com o contexto cultural em que se encontram. Ele usa a metáfora como uma forma de intervenção, comparando a vida ao fluxo de um rio. (IWAMA, 2006; KRONENBERG *et al*, 2006; SIMO ALGADO & URBANOWSKI, 2006 *apud* MADRID; JARA, 2009).

Michael K. Iwama faz uma reflexão transcultural aplicada à prática da Terapia Ocupacional, colocando em questão a utilização de modelos teóricos a partir de uma perspectiva globalizada pelo Ocidente (IWAMA, 2006 *apud* MADRID; JARA, 2009, p. 81). Esse modelo concebe a ocupação como a própria vida, em um fluxo constante com as oportunidades ambientais e a completa harmonia com o entorno. Como o

fluxo vital sempre existe, o ser humano está sempre em ocupação. Dito ainda, a ocupação não adquire valores negativos ou positivos por si só, a ocupação "é" e o homem "a significa" em um relacionamento constante com seu ambiente (MADRID e JARA, 2009, p. 82-83)

A perspectiva política e social da Terapia Ocupacional por Frank Kronenberg, Simó Algado Salvador e Nick Pollard apresenta uma nova abordagem para a prática da Terapia Ocupacional, por uma perspectiva política, social e ética. Estes autores propõem uma visão que consideram não só as deficiências específicas de indivíduos com os quais intervêm, mas também o aspecto global no qual desempenham, considerando a justiça e responsabilidade social como parte da intervenção, assim como, nos âmbitos mediadores da globalização, as políticas elitistas e falta de oportunidades geradoras de situações incapacitantes. (KRONENBERG *et al*, 2006; SIMÓ ALGADO & URBANOWSKI, 2006 *apud* MADRID; JARA, 2009). Desse modo, a ocupação é concebida como um direito. Expresso no "poder ocupar-se", que é a liberdade de se envolver em ocupações considerando um contexto sócio-político e cultural. A ocupação é eminentemente política, dá aos humanos a capacidade de se relacionar com o outro, definindo estruturas sociais (MADRID e JARA, 2009, p. 85-86) – (original em espanhol).

1.7. A Terapia Ocupacional no Brasil: a atividade humana enquanto objeto

No Brasil o aparecimento do uso das ocupações como tratamento deu-se mais tardiamente, em relação aos países anglo-saxões, como os EUA, mas também esteve atrelado á mudanças no modo de lidar com as expressões da questão social pelo Estado. Através da criação de instituições tutelares para os loucos nos moldes do tratamento moral. Nesse caso, é importante a referência da vinda da família real portuguesa no século XIX, que deu impulso à implantação de serviços psiquiátricos no Brasil (SOARES, 2011). A inauguração da primeira instituição para alienados mentais foi o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1854, com oficinas de marcenaria, alfaiataria, sapataria e desfiação de estopa.

Depois disso, decorreu a criação de grandes manicômios em todo o país, regidas pelo tratamento moral e a terapia pelo trabalho. Em grandes hospitais distantes do centro urbano, com atividades agrícolas e de manutenção interna. As atividades nesses locais eram também chamadas de ergoterapia, praxiterapia e

laborterapia com similaridade de conceitos, que incluía um serie de ocupações produtivas, propostas pelos médicos e acompanhadas pela equipe de enfermagem. Partiam do princípio que a organização do ambiente e das ocupações levava à reorganização do comportamento do doente mental (CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 30). Nesses cenários, destacava-se a agropecuária, cuja produção não apenas supria as necessidades da própria instituição, como era comercializada em outros espaços da cidade.

A reputação desse modelo de tratamento entrou em declínio devido ao enfretamento de várias críticas em relação ao seu paradoxo com os ideais libertários da época, aos direitos humanos, sociais e políticos, primeiramente, pelas situações de superlotação de internos. A crise do saber psiquiátrico, em estabelecer os limites entre a sanidade e a loucura; as evidentes funções sociais cumpridas pelos hospícios em segregar os segmentos marginalizados da população. Fizeram assim com que o hospital psiquiátrico, e a própria psiquiatria, logo perdessem a credibilidade (AMARANTE, 2007).

Então, inicia-se uma primeira tentativa em resgatar o potencial terapêutico das instituições psiquiátricas com a proposta das “colônias de alienados”, estratégia também advinda do alienismo francês. Essas colônias eram construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem ser submetidos ao trabalho terapêutico, produzindo pra si, e para comunidade uma relação mais solidária (AMARANTE, 2007). Para as colônias eram contratados familiares (denominados de nutrícios), que passavam a habitar em tais asilos protegidos para cuidar dos internos. Esse movimento ocorreu no início do século XX, seus alienistas consideravam o trabalho um meio terapêutico precioso. As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República, e o auge de sua disseminação no Brasil ocorreu na década de 40 e 50. Mas, logo se mostraram iguais aos asilos tradicionais, como instituições de recuperação pelo trabalho (AMARANTE, 2007).

O uso terapêutico das ocupações entrou em evidência no Brasil a partir das instituições asilares para doentes mentais, que basicamente, replicavam o tratamento moral, e tinham o papel de concretização da lógica asilar. Contudo, à medida que o saber psiquiátrico se ordenou por concepções biológicas que foram se tornando hegemônicas, as práticas orientadas pela ocupação entraram em declínio, com a perda da continuidade dada pelos psiquiatras quanto pela retenção de

financiamento do governo (SOARES, 1991; CARLO e BARTALOTTI, 2001) o que não indica, porém, que as atividades, propriamente ditas, desapareceram do asilo. Em quase todos eles foram mantidas atividades de combate à ociosidade e ao vazio provocado pela situação de internação e, por outro, auxiliavam na manutenção da própria instituição (NASCIMENTO, 1991 *apud* DE CARLO e BARTALOTTI, 2001).

Paralelamente, a partir da década de 1940, no Brasil surge uma demanda sobre o papel terapêutico das atividades nos programas para incapacitados físicos, decorrente do Movimento Internacional de Reabilitação. Suscitado pelo cenário mundial do alto contingente de incapacitados físicos dos países que participaram das Grandes Guerras. No Brasil esse movimento se adequou as lacunas das instituições como a família, a escola e a medicina organizada, em prestar assistência à população de incapacitados; além da conveniência à lógica econômica imperante e ao processo global de divisão do trabalho na área da saúde (SOARES, 1991, 2011). Como destaca De Carlo e Bartalotti (2001, p.31)

no Brasil havia maior preocupação com pacientes crônicos (como portadores de tuberculose), deficiências congênitas, acidentados no trabalho, de trânsito, domésticos ou por doenças ocupacionais. É nesse contexto que surge a profissão terapia ocupacional.

As primeiras escolas de Terapia Ocupacional no Brasil foram: o curso de treinamento, em 1948, em saúde mental pela Dra. Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, depois com a visita de emissários da ONU a procura de um local adequado para implantação de um centro em reabilitação física, se instala em São Paulo, o curso de formação em reabilitação física em 1956, que se tornou de nível superior em 1961, pela lei do currículo Mínimo com 3 anos de duração (SOARES, 2011; CARLO e BARTALOTTI, 2001).

Soares (1991) argumenta que os programas de reabilitação adotados no Brasil anteciparam a uma expressiva demanda interna, mas cumpriam funções no plano político-ideológico, quando as instituições e programas governamentais em sua aparente neutralidade face aos contraditórios interesses de classe se propõem compensar os efeitos negativos da industrialização, “reparando” as desigualdades sociais com soluções específicas de saúde. No entanto, sem rever, as condições de produção das incapacidades ou a própria política econômica que gera a crescente marginalidade e miserabilidade.

Com a introdução dos serviços de reabilitação física no Brasil, ocorreram certas mudanças na concepção de saúde vigente, seguindo modelos estrangeiros de reabilitação. Embora em nosso país já houvesse experiências de uso das ocupações

com objetivo terapêutico nos manicômios psiquiátricos, houve a implantação dos cursos de formação de Terapia Ocupacional preferencialmente na área da reabilitação física, em especial por influência norte-americana (CARLO; BARTALOTTI, 2001, p.31).

Esse outro modo de compreender e operar com as atividades se fundamentou no paradigma do modelo médico-psicológico e seguiu uma tendência de crescente especialização no campo da ciência, nas reformulações teórico-conceituais e das várias práticas daí decorrentes. O efeito disso, as ocupações foram então reduzidas em função de sua especificidade em reparar determinadas capacidades funcionais do corpo ou da mente deficitários. Desse modo, os terapeutas ocupacionais passaram a definir objetivos e atividades terapêuticas diferenciadas segundo a patologia do paciente e a especialidade médica à qual estava associado.

Nessa perspectiva, a doença-incapacidade era o alvo da intervenção pelas atividades; e os terapeutas ocupacionais tornaram-se especialistas no tratamento de certas lesões, e passaram a lidar com adaptações, próteses, exercícios e outros recursos que restaurassem as estruturas e funções dos indivíduos para as atividades da vida diária e, possivelmente, de retorno ao trabalho (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Na tentativa de transformar as atividades em instrumento de uma ciência exata, buscou-se, mediante uma análise pormenorizada, pesquisar os componentes de cada ação, sua natureza, sua potencialidade como meio de tratamento, objetivando-se conhecê-la previamente a fim de adaptá-la, graduá-la e indicá-la as pessoas atendidas de acordo com seu diagnóstico ou disfunção (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 43).

Para Soares (1991) esse paradigma reducionista rapidamente se adequou as políticas de saúde do Brasil que tinham um viés previdenciário, portanto, de retorno ao trabalho. Assim, a Terapia Ocupacional se conforma bem aos Centros de Reabilitação Profissional — CRP do INAMPS, e aos asilos de idosos.

Além do mais, a adoção desse paradigma possibilitou a Terapia Ocupacional conquistar legitimidade em um momento histórico em que se acreditava que a ciência era um saber positivo, neutro, e autônomo, que expressava a verdade de forma unívoca. O que favoreceu um abrangente desenvolvimento técnico-científico e garantiu um vasto campo de atuação no interior da profissão (CANIGLIA, 2005).

Assim apoiou-se em teorias como da psicodinâmica, do sistema musculoesquelético e neurológico, situava-se em lugar específico de um amplo programa de reabilitação, fazendo parte de uma equipe multiprofissional

supervisionada por médicos. Essa fase, entre a década de 60 e 70, é caracterizada por um período de obscurantismo do objeto profissional e da identidade profissional da Terapia Ocupacional que, ao mesmo tempo em que se expandiu em áreas de atuação e abordagens teóricas, gerou conflitos de especificidade com outras profissões (CANIGLIA, 2005).

Esses motivos fizeram muitos terapeutas a refletirem sobre a prática profissional por essa apreensão distorcida da atividade, considerando sua natureza previamente determinada, monótona e repetitiva que diminuía, e diluía o objeto profissional da Terapia Ocupacional – Atividade Humana.

Então, muitos terapeutas ocupacionais buscaram repensar a profissão sobre outras bases teóricas, ideológicas e práticas. Na tentativa de reconstruir sua atuação para responder adequadamente as demandas que a prática e o encontro com os pacientes colocavam cotidianamente. O modelo médico-psicológico mostrou-se equivocado e a crença das atividades terapêuticas não sustentava a especificidade do trabalho da Terapia Ocupacional. Deu início assim a um processo de retomada do valor da atividade (SOARES, 1991; CARLO; BARTALOTTI, 2001; CANÍGLIA, 2005).

Na passagem dos anos 60 aos 70, no Brasil, a profissão de terapeuta ocupacional adquire maior autonomia em relação à categoria médica, sendo adotados novos referenciais teóricos melhor estruturados. Esta ruptura foi aceita parcialmente pelos médicos que continuaram a trabalhar com as demais profissões, ora assimilando sua relativa autonomia, ora recrudescendo a cobrança teórica da área e restringindo sua intervenção (SOARES, 1991, p. 184).

. A área da saúde no Brasil sofreu um processo de redimensionamento nos anos de 1970 e 1980 em relação ao papel dos técnicos nas instituições das populações atendidas, que também influenciou a Terapia Ocupacional. Esse fenômeno ocorreu, em parte por reivindicações da organização das pessoas com deficiência na luta pelos direitos sociais e civis, e melhoria das condições de vida. Por outra, pela reforma psiquiátrica que construiu propostas de transformações concretas na vida dos pacientes e de apoio a reconstrução plena da cidadania. Desse modo, passou-se a questionar sobre o espaço de contradição que o terapeuta ocupava, entre uma função terapêutica, de um lado, e uma função de controle social, de outro (CARLO e BARTALOTTI, 2001).

Esse processo de crítica e reconstrução da identidade da Terapia Ocupacional se estendeu por décadas aqui no Brasil e podemos considerar como

um marco a emblemática publicação de Nascimento (1990) *O mito da atividade terapêutica*.

Desse modo, é a partir dessa nova perspectiva na história da saúde e das propostas de reabilitação psicossocial que as atividades humanas passam a ser elementos importantes no movimento de desconstrução de uma lógica excludente e alienante das atividades terapêuticas. A concepção de atividade passa a ser de elemento articulador entre o sujeito e sua comunidade, representando, assim, oportunidades de encontro e diálogo entre diferentes indivíduos da sociedade e possibilitando a emergência de produções significativas e satisfatórias (CARLO e BARTALOTTI, 2001). Esse resgate do valor terapêutico da atividade representa uma nova fase, que se quisermos utilizar os termos de Marília Caniglia (2005) de Reconstrução do Objeto Profissional. Dessa forma, compreende-se que as atividades constituem na Terapia Ocupacional brasileira um campo prático, de pesquisa e reflexão fecundo, sendo reconhecidas como importante recurso a ser estudado e investigado.

As novas perspectivas na prática do terapeuta ocupacional distanciam-se de um sentido positivo de ciência para se aproximar de um campo conceitual cujo paradigma é de superação do modelo médico-psicológico, e envolve a compreensão de novos valores, uma nova visão que, além de considerar o potencial terapêutico das atividades opera uma transformação cultural (CARLO e BARTALOTTI, 2001, p. 46).

A nova direção da prática da Terapia Ocupacional pelas atividades propõe uma atuação no campo das possibilidades e recursos de entrada no circuito de trocas sociais: o lúdico, o corpo, a arte, a criação de objetos, os estudos e o conhecimento, a organização dos espaços e o cuidado com o cotidiano os cuidados pessoais, os passeios, as viagens, as festas, as diversas formas produtivas, a vida cultural, são alguns exemplos de temas que referendam, conectam e agenciam experiências, potencializam a vida, promovem transformações, produzem valor (CARLO e BARTALOTTI, 2001).

1.8. Considerações sobre o Objeto Profissional: entre ocupação e atividade

A breve retrospectiva em torno das concepções de ocupação enquanto objeto profissional da Terapia Ocupacional evidenciam tensões e confluências de processos históricos distintos entre os países do Norte e do Sul, e o Brasil que teve seu início mais tardio, legando influências na formação e na sociedade.

Na literatura brasileira o objeto profissional da Terapia Ocupacional vem sendo representado por diferentes termos, concepções e formas de trabalhar, em que, a atividade, ação, fazer e cotidiano figuram o centro das definições teóricas da profissão. Contudo, formam intrincados arranjos epistemológicos tão singulares que escapam a possibilidade de uma elegibilidade social do papel profissional e tencionam debates entorno da identidade profissional.

Uma análise da revisão das produções nacionais entre 1990 e 2008 (LIMA, PASTORE e OKUMA, 2011 e LIMA, OKUMA e PASTORE, 2013), destaca as variações nas diversas formas de trabalhar com os termos que relacionam o objeto profissional. Os estudos identificaram que as atividades é o termo predominante na discussão nacional, inscrito em diferentes formas de conceber e atuar na Terapia Ocupacional. No entanto, por vezes, conceitualmente não explicita tendências da discussão sobre o objeto profissional, o que dificulta a discriminação de diferentes perspectivas teóricas no interior da área. Assim como, em relação à clareza quanto à definição de sua unidade profissional.

Para Kielhofner (2006) a proliferação e confusão terminológica dentro da Terapia Ocupacional tem influenciado o desenvolvimento inseguro da identidade e competência dos profissionais terapeutas ocupacionais. Por sua vez, como demonstra Magalhães (2013) sobre o debate internacional voltado ao uso deliberado da linguagem em torno dos fundamentos da Terapia Ocupacional tem suscitado não só esforços para um maior consenso das terminologias, bem como se tem refletido sobre os modelos de prática associado a essas escolhas. Nessa pauta destacam-se as ambiguidades na representação dos termos na sociedade, a relação direta do termo “terapêutico”, que vinculam profissão unicamente com à saúde e o bem-estar, e as diferenças de perspectivas acerca do seu caráter individual e coletivo enquanto objeto profissional. Nesse contexto, o termo Ocupação vem preterindo a Atividade, pelo menos nos países do Norte, e alguns países da América Latina.

Com efeito, a expressão atividade tem sido, se não evitada, posta em segundo plano nos documentos oficiais internacionais e contextualizada como um termo que não define o objeto profissional, mas sim, o seu processo.

Para Magalhães (2013), uma segunda vertente desta discussão é a Ciência Ocupacional que é uma “ciência básica dedicada ao estudo dos humanos como seres ocupacionais” (YERXA, 1993, p. 5, apud MAGALHÃES, 2013, p.5). Desse modo, os estudos em Ciência Ocupacional colocam em centralidade a ocupação

como objeto de estudo, oferecendo subsídios mais aprofundados de um campo do conhecimento próprio para as intervenções em Terapia Ocupacional.

Para tanto, mostra-se o esforço na Terapia Ocupacional, em destaque aos países do Norte, ao longo da sua história paradigmática se transformar positivamente ao objetivar sua identidade profissional centrada na Ocupação Humana. Kielhofner (2006) faz uma análise da história da Terapia Ocupacional, identificando três paradigmas, que constituem a base do trabalho do terapeuta ocupacional, a compreensão da ocupação e desenvolvimento da ciência humana que eles dão sustento. Assim, pode-se identificar um paradigma de Ocupação, baseado principalmente no tratamento moral (Modelo utilizado em psiquiatria durante os séculos XVIII e XIX) e conceito da dignidade humana, que é baseado nos valores e preceitos filosóficos do artesanato. O paradigma mecanicista, com base em técnicas e métodos utilizados para modificar a disfunção, que é baseado nas ciências biomédicas. e finalmente o paradigma contemporâneo que retorna aos princípios da Terapia Ocupacional, embasado na Ciência Ocupacional e nos Modelos de Prática centrados na Ocupação Humana.

Diferentemente ao que vem sendo discutido no Brasil, e como apresentado nos estudos de revisão (LIMA, PASTORE; OKUMA, 2011 e LIMA; OKUMA; PASTORE, 2013), o objeto profissional parece estar centrado no paradigma da Atividade, sendo compreendido por diversos estudiosos da área, a partir de diversas teorias, fora do campo de conhecimento da Terapia Ocupacional.

Ainda, nesta discussão, no Brasil pouco se há visto um avanço da Ciência Ocupacional. Isso, enquanto hipótese pode-se elencar alguns pressupostos. O primeiro de em que há uma confiança de que a própria Terapia Ocupacional é em si uma área de conhecimento, e que por tanto, não necessita de uma ciência derivada dela mesma para se legitimar cientificamente. Esta questão já é colocada na Terapia Ocupacional desde fins dos anos de 1980, no processo de redemocratização do país, quando terapeutas ocupacionais passam a fazer parte de movimentos sociais e ampliar suas visões sobre seu papel na sociedade, modificando estruturas, valores sobre suas epistemologias, como já colocou Galheigo (2003).

Um segundo pressuposto, seria o intenso esforço que a Terapia Ocupacional tem na direção de superar o domínio biomédico de sua constituição profissional, também se vê concomitante nos esforços de superar a sua colonização norte-americana. Como apontado por Galheigo (2003), as orientações para a estruturação

do campo de conhecimento e prática da Terapia Ocupacional nos últimos anos despertou para a necessidade de reconhecer suas bases culturais, históricas e políticas para se legitimar como genuinamente uma Terapia Ocupacional brasileira, além disso, para uma Terapia Ocupacional legitimada nos países do Sul, e não do Norte.

É um terceiro pressuposto, pouco debatido, porém cada vez mais em voga entre os pares da Terapia Ocupacional, é que com a expansão do ensino superior no Brasil e abertura de novos cursos, já no começo dos anos 2000, em especial em regiões que nunca haviam tido escolas de formação em Terapia Ocupacional, passam a se deparar com uma história da profissão que não identifica a pluralidade de suas memórias e constituições. O que podemos verificar na literatura é uma história da Terapia Ocupacional centrada na região sudeste, em particular no eixo Rio Janeiro – São Paulo, e mais marcadamente a do estado de São Paulo.

Este último pressuposto, não será aprofundado neste estudo, mas merece lembrança constante, pois quando referenciamos informações sobre as bases que constituem a Terapia Ocupacional no Brasil, seus fundamentos, modelos e discussões entorno do objeto profissional, o que está sendo hegemonicamente dado, é uma série de fatos, eventos e problematizações ainda endógenas, regionais, e que pouco podem dizer de forma legitimada sobre o que de fato é a Terapia Ocupacional brasileira.

Longe de gerar consensos, são nítidos os caminhos distintos e afirmativos que a Terapia Ocupacional no Brasil vem tomando em relação ao cenário internacional, no entanto, há uma problemática visível neste contexto, de que no Brasil a expansão, visibilidade e legitimação da Terapia Ocupacional se dá em conta gotas. Diferente dos países do Norte, e até mesmo dos vizinhos latino-americanos. Em que se observa uma certa obviedade e coesão entre terminologias, nome da profissão, objeto profissional e tecnologias de intervenção. Sendo tudo isso, traduzido, mais ou menos forte, nas políticas profissionais e nas políticas públicas para a população.

Ainda mais anteriormente, é comum que se vivencie na formação em Terapia Ocupacional estas problemáticas, que obviamente se expressam no perfil do futuro profissional. As dificuldades que os estudantes possuem em definir e comunicar o que é e a que se destina a profissão, as prolixidades entorno das explicações sobre a Terapia Ocupacional, os jargões utilizados como “mitos” do campo de

conhecimento da profissão, como subjetividade, lidar com o cotidiano, o desejo do outro, o ser humano como um todo, caem na naturalidade da linguagem, e denunciam profundos abismos epistemológicos na Terapia Ocupacional.

A baixa procura de estudantes para a graduação em Terapia Ocupacional talvez não esteja somente responsabilizada pelos outros mitos da baixa produção científica ou da pouca publicidade, mas sim, pela incompreensão que a sociedade civil e poder público têm sobre o valor social da profissão. Tomar a decisão por uma formação universitária, que terá efeitos significativos e de longo prazo na vida pessoal, por uma profissão que se toma como incompreensível, é um tanto violento e inseguro, e que precisa ser tomada como causa urgente para a Terapia Ocupacional e seus estudiosos e críticos, como docentes, pesquisadores e representantes de entidades de categoria profissional.

Neste estudo, parte-se de uma crença, que a Terapia Ocupacional precisa ser um tanto óbvia, ou seja, seu objeto profissional precisa ser aquele que identifica a profissão, e de forma coerente, é com ele que se respondem as demandas da sociedade. E que navegar sobre terminologias que nos distanciam de um cenário mais amplo, pode ser um tanto arriscado. Para isso, não se aceita ingenuamente a hegemonia da colonização dos países do Norte, mas também não a nega enquanto formação de nossa identidade profissional, mas sim, a re-significa, outro termo cauteloso na Terapia Ocupacional. Do mesmo modo, não se pode contentar-se com as hegemonias endógenas da Terapia Ocupacional no próprio contexto brasileiro.

Este estudo, por meio de seu objetivo, propõe diálogo. Coloca-se em questão que a apreensão do objeto profissional sofre determinações das endogenias da constituição histórica, e por tanto, epistemológicas e políticas da Terapia Ocupacional e de uma conjuntura mais macrossocial. O que passamos a verificar como concentrações de poder sobre as bases da profissão. E do mesmo modo, estudantes em formação em Terapia Ocupacional estão imersos nestes contextos de representações e hegemonias epistemológicas, apreendendo seu objeto profissional.

1.9. A prática e educação baseada em evidências: um caminho possível para a apreensão do objeto profissional

O termo evidência em seu sentido comum significa qualidade do que é evidente ou incontestável; certeza manifesta. Nesse caso, evidente se entende como algo, tão claro que se compreende prontamente, dispensando demonstração; que não oferece dúvida; claro, manifesto (FERREIRA, 2000).

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), o antônimo da palavra "evidência" é "incerteza". Certeza é o nível de firmeza, convicção e segurança com que a mente aceita a verdade, sem temor de engano. No sentido de que a mente tem a capacidade de aprender, de captar, de comparar, mas só tem certeza da verdade quando o objeto está claro.

Segundo Thomas (2007, p. 15) na “visão dos filósofos, as evidências são quaisquer informações que sejam portadoras da verdade ou da falsidade de uma proposição”. Observa-se, assim, propriedade da evidência de ir além do seu próprio conteúdo informacional e determinar seu status conforme sua suficiência em fazer distinções entre as crenças que se têm.

Desse modo, as evidências, sem dúvida, constituem elementos fundamentais e orientadores da assertividade nas tomadas de decisões. O tratamento das informações da prática sob o olhar das evidências confere diligência e autoridade à atuação profissional. Trata-se de uma premissa inegável. No entanto, o que se propõe aqui a questionar, sob a problemática da Prática e Educação Baseada em Evidência, é sua natureza – e o valor contingente a essa natureza.

Thomas (2007) conduz essa questão destacando a “potencia e o valor atribuído a certas formas de evidências que surgem na prática educativa” (THOMAS, 2007, p. 9). Dentro de um contexto de prática com variados tipos de evidências disponíveis aos profissionais, para dar sustentação às ideias e proposições que surgem como parte de seu trabalho. Explora-se o respeito e o crédito que lhes são dados de acordo com diversas esferas de investigação.

As distintas formas com que as evidências podem assumir e se valorizar em diferentes áreas exprimem a importância do contexto social e interpretativo na constituição das evidências que fazem dela um processo social. Seja no sistema jurídico, nas ciências naturais, na medicina, ou nas humanidades; como exemplifica Thomas (2007).

Os que promovem a prática baseada em evidência na educação não estão em busca de evidências de maneira como um historiador poderia buscar evidências da existência de faccionalismo na Inglaterra durante a queda de Cromwell, em 1640. Tampouco buscam evidências da maneira como um físico poderia fazê-lo em relação ao Bóson de Higgs (THOMAS, 2007, p. 9).

Nesses casos, observamos que as evidências são elementos contingentes da prática e que diferem não só pela sua natureza como os processos de geração, reunião e discriminação das evidências. Nesse sentido, Thomas (2007) destaca, em um panorama comparativo que em determinados contexto de prática existem tipos de evidências que não tem uma relação sujeito-objeto tão discernível. Assim, seu processo de geração localiza-se no interior da experiência do profissional participando de forma inconsciente das tomadas de decisão, como uma espécie de intuição. “As ideias muitas vezes surgem a partir de confluências de evidências circunstanciais nas mentes daqueles que estão imersos em um problema, um discurso ou uma tecnologia” (THOMAS, 2007, p. 10).

Na visão da Arqueologia e da Paleoantropologia, por exemplo, a participação das evidências tanto a nível consciente quanto intuitivo são parte fundamental do trabalho. Para ilustrar, Thomas (2007) descreve o caso do casal Leakey, cuja hipótese de que a descoberta de um fóssil constitui uma evidência sobre um novo tipo de hominídeo, já é produto de um processo que se iniciou antes da descoberta.

Construído tanto pelos conhecimentos racionais presentes na sua comunidade de saber, quanto à acumulação de conhecimentos construídos fora da informação científica, em um misto de causalidade e intuição envolvidas na prática que encaminharam tanto a constituição potencial da descoberta quanto à sustentação da percepção do fóssil como uma evidência potencial. Nesse caso, Thomas (2007) expõe que as ações subsequentes podem ter sido determinadas tanto pelo que costuma ser chamado de “intuição” quando pelas “evidências”.

De uma forma mais ampla, na visão da ciência não existe forma única, correta ou apropriada de gerar ou reunir evidências. Einstein, por exemplo, defendia que o cientista criativo deve ser um “oportunista inescrupuloso”. Que a essência da ciência, estaria em buscar, “de qualquer forma adequada, uma imagem simplificada e lúcida do mundo [...] Não há caminho lógico, apenas intuição” (*apud* HOLTON, 1995, p.168 *apud* THOMAS, 2007, p.11). Na mesma linha, Feyerabend afirma que o pensamento avança por meio de um “labirinto de interações [...] por meio de

acidentes e conjecturas e justaposições curiosas de eventos” (FEYERABEND, 1993, p.14 *apud* THOMAS, 2007, p.11).

Curiosamente, essas declarações revelam uma participação menos previsível do que supõe as tradições metodológicas fundadas na priorização da informação de pesquisa e nos processos racionais de tomada de decisão, pelo contrário, para Thomas (2007) as reflexões dos cientistas parecem promover um tipo de uso intercalado entre a evidência com quase qualquer tipo de informação aparentemente relevante pelos cientistas em seu trabalho cotidiano.

Neste caso, “os cientistas são muito semelhantes às outras profissões, operando por conta própria e como parte de uma comunidade, servindo-se ecleticamente de muitas e variadas fontes de informação” (THOMAS, 2007, p. 11).

O emprego de evidências a partir de estudos de pesquisa para informar sua atuação profissional originou na medicina influenciada pela filosofia do francês René Descartes (1596-1650), que em seu “Discurso sobre o Método” (1637) listou quatro preceitos básicos, um dos quais era: “realizar periodicamente revisões cuidadosas” (SACKETT, ROSENBERG, *et al.*, 1996).

De acordo com Peile (2007) os trabalhos pioneiros da medicina baseada em evidência surgem com o médico escocês James Lind (1716-1794) que realizou um ensaio clínico controlado, sobre o efeito da vitamina C para o tratamento do escorbuto entre marinheiros a bordo da fragata de guerra Salisbury, em 1747. Soma-se a esse, o do médico francês Pierre-Charles Alexandre Louis (1787-1872) considerado fundador da estatística médica. Na construção de um banco de dados inédito de doença e tratamento baseado na observação exata – com exames *post mortem* detalhados – e na dedução empírica nos estudos médicos. Em uma época que se exerciam a medicina baseada na memória de casos marcantes entre os clínicos para discussão do diagnóstico e tratamento.

Apesar dessas referências a medicina baseada em aprendizagem a partir da experiência permaneceu dominante até dois séculos mais tarde. Quando o médico e professor escocês Archibald Cochrane (1909-1988) publicou seu livro *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services* (COCHRANE, 1972 *apud* PEILE, 2007, p.116) em que sistematizou a medicina baseada em evidência elaborando um manifesto a comunidade médica a recorrer aos ensaios clínicos aleatórios.

É levantada a necessidade de se elaborar um sumário crítico por especialidade e subespecialidade, atualizado periodicamente, de todos os ensaios clínicos aleatórios relevantes, visando “proporcionar de forma igualitária as formas de assistência de saúde que se tivessem demonstrado eficazes, em situações projetadas adequadamente” (COCHRANE COLLABORATION, 2003 *apud* PEILE, 2007, p.116).

Cochrane estava imerso na ciência da epidemiologia e insistia que os critérios de significância dos testes controlados randomizados produziam as evidências mais confiáveis. Suas proposições foram rapidamente aceitas em todo o mundo das Ciências Biomédicas, pois eram estatisticamente rigorosas e oportunas à construção de agências de controle e produção de pesquisas científicas.

Seu desafio culminou na *Cochrane Collaboration* criada em 1987, como uma instituição de caráter colaborativo entre seus discípulos. Consiste em um portal cujo objetivo é preparar, manter e promover o acesso a revisões sistemáticas dos efeitos das intervenções clínicas, reunindo informação para dar suporte à tomada de decisões nos cuidados em saúde (PEILE, 2007).

Deu-se assim, início a uma nova ordem ao acesso a informação científica com o movimento da Medicina Baseada em Evidência - MBE, que se difundiu enquanto método, mais tarde para as demais profissões da saúde com o nome de saúde baseada em evidencia ou ainda, mais atualmente, Prática Baseada em Evidência (SAMPAIO e MANICNI, 2007).

Segundo Peile (2007) a expansão da MBE foi impulsionada pelo Canadá, a expressão Medicina Baseada em Evidências também foi cunhada na Faculdade de Medicina *McMaster University*, no Canadá, na década de 1980, para uma estratégia de aprendizagem clínica que incluía quatro passos:

- Formular uma questão clínica clara a partir do problema do paciente.
- Buscar artigos clínicos relevantes na literatura.
- Avaliar (criticamente) a literatura para sua validade e utilidade.
- Implementar conclusões úteis na prática clínica. (ROSENBERG, 1995 *apud* PEILE, 2007, p.117).

Peile (2007) observa a força de coalizão da MBE em que médicos, pacientes e governo viam algo a ganhar. Este fenômeno que se fez inicialmente como um movimento baseado em ideias, publicado em 1972 e impulsionado nos anos 1980

no Canadá, alcançar, na virada do século, o status de paradigma dominante na medicina do mundo inteiro.

A base de conhecimentos da MBE inclui cinco passos (SACKETT *et al.*, 2000 *apud* PEILE, 2007, p. 117):

1. Converter a necessidade de informações sobre prevenção, diagnóstico, prognóstico, etiologia em terapias e assim por diante em uma pergunta passível de ser respondida.
2. Identificar as melhores evidências com as quais responder à questão.
3. Avaliar criticamente as evidências em termos de sua validade, seu impacto e sua aplicabilidade.
4. Integrar a avaliação crítica ao nosso conhecimento clínico e à biologia, aos valores e às circunstâncias singulares de nossos pacientes.
5. Avaliar nossa eficácia e eficiência na execução dos passos 1 a 4 e buscar formas de aprimorá-los para a próxima vez.

Inclui nesses passos, uma serie de habilidades subjacentes à prática da MBE. Por exemplo, ao definir questões, elas são formuladas conforme o modelo PICO – Paciente, Intervenção, Comparação e Resultado (ARMSTRONG, 1999 *apud* PEILE, 2007).

Outro aspecto, talvez polêmico, na MBE são as hierarquias de evidencias. Os testes controlados randomizados ocupam o padrão ouro. Que reflete uma concepção positivista do método científico, baseado em estabelecer hipóteses falsificáveis e as testar, que está na base da Ciência Médica. (PEILE, 2007).

Atualmente a MBE estrutura-se em um sistema integrando a experiência do clínico, evidencias de pesquisa e preferencia do paciente. Em que as etapas acima citadas são delineadas conforme os requisitos metodológicos.

Este método precedente da MBE tem sido adotado pela Terapia Ocupacional desde a década de 1980 nos países anglo-saxões (MANCINI, 2011). Sob um recorrente apelo às mudanças na realidade socioeconômica mundial que vem se constituindo cada vez mais por regimes de melhor aproveitamento de recursos (SAMPAIO, MANCINI e FONSECA, 2002).

Esse agenciamento tem gerado repercussões nas formas de produção e validação de conhecimentos de pesquisa na área. Como o banco de dados *OTseeker.com* que organiza e filtra as buscas das informações de pesquisa

segundo as metodologias específicas e as hierarquias de significância da prática baseada em evidência (MCKENNA, BENNETT, *et al.*, 2002).

Atualmente, credita-se a esse movimento da prática baseada em evidência o fortalecimento da Terapia Ocupacional enquanto categoria profissional. Servindo como alternativa a geração de conteúdos prioritários aos interesses de pesquisa específicos do objeto profissional. No entanto, o foco do problema atribui-se à prática, que não adere ainda ao uso das informações de pesquisas. Nesse aspecto, identificam-se as influências do modelo médico e do tecnicismo como as barreiras que deveriam fomentar tais mudanças (SAMPAIO, MANCINI e FONSECA, 2002).

O problema da MBE não se trata apenas de uma dificuldade de adesão por parte dos profissionais. Há pontos de incongruências em seus fundamentos e riscos envolvidos, no aspecto prático do seu método. Coloca-se em questão o caráter dissociativo da relação das evidências com a prática do profissional cujo produto é o uso de um protocolo alienado da experiência e da capacidade crítica dos profissionais.

Franca (2003) discute que uma prática fundamentada em uma análise estatística de efeitos do que se depreende de resultados das pesquisas disponíveis ao profissional produz equívocos em vários níveis: Em substituição da avaliação subjetiva do clínico passa-se a aceitar somente as informações oriundas da pesquisa científica consagrada. Desse modo, instala-se na cultura médica um regime de busca incessante por localizar a informação cientificamente válida e relevante.

Conjuga-se a isso, a ausência de disponibilidade das publicações ao domínio coletivo, somada, a sua utilidade discutível na prática profissional do dia-a-dia. A enorme quantidade de publicações, algumas com claras contradições, complicando ainda mais a decisão assistencial. Franca (2003) reflete de forma negativa a acentuação da PBE/BEM como orientadora da atuação profissional, não apenas pelos gastos desnecessários e tempo perdido, como de uma implicação ao desenvolvimento de um raciocínio mais ativo e condicionado as complexidades dos contextos e fenômenos de intervenção.

As barreiras de idiomas e as limitações de meios e recursos em certas áreas fazem desse modelo da MBE evidência uma idealização e tecnificação da realidade. Nesse caso, as experiências trocadas entre clínicos de mesma área de

concentração e que atuam numa mesma realidade têm se mostrado mais proveitosas (FRANCA, 2003).

Para o autor, a importância atribuída aos dados estatísticos em prioridade da experiência pessoal e da capacidade de condução médica, por exemplo, diante de cada caso, desfaz o conceito de que “não existe doenças e sim doentes” (aspas do autor). E camufla a premissa de que em uma ciência experimental, como a Medicina, caracteriza-se como um saber dedutivo e não indutivo. Desse modo, sua dedução empírica nunca é completa e suas conclusões são sempre prováveis (FRANCA, 2003).

Ressaltando que não há prova científica aprimorada que não tenha como partida a vivência e a observação individual na prática profissional. Acrescenta-se a isso o fato de que não há uma receita pronta e acabada na orientação de todos os procedimentos médicos diante da multifacetária condição humana (FRANCA, 2003).

Por esse enquadramento assumimos a existência de diferentes perspectivas sobre as evidências, e seus processos de geração. Estes ligados as diferentes comunidades de investigação. Que fazem da sua coleta, avaliação e aceitação um processo social. Seja no caso de um júri ou numa comunidade científica especializada o valor das evidências sempre estará baseado no julgamento de pares.

A questão que se coloca diante desse processo social é a interpenetração de noções que percorreram diferentes caminhos à mesma questão. A premissa de que o político se mistura ao empírico, o local que se mistura ao global, por exemplo. Para Lewins e Lewontin (1985, p.4 *apud* THOMAS, 2007, p.16) “a negação da interpenetração do científico e do social é, em si, um ato político, sustentando estruturas sociais que se escondem detrás da objetividade científica”. Defendendo que as questões relacionadas à forma como as pessoas vivem não podem ser respondidas sem referência a uma gama inter-relacionada de questões. Thomas (2007) demonstra, por exemplo, que:

As evidências experimentais irão sugerir que a tuberculose é uma bactéria, mas, ainda assim, as evidências dos epidemiologistas nos dizem que a doença raramente se estabelece onde as condições de vida das pessoas são adequadas. Na educação, as questões não são menos complexas: a negação da interpretação do social e do científico em considerações de ensino e aprendizagem nos levou, às vezes, a formas de organização escolar que discriminam determinadas crianças e as segregam (THOMAS, 2007, p. 16).

São essas, entre outras, questões que são levantadas por Thomas (2007) para discutir o domínio das evidências. De modo a fomentar diferentes proponentes da prática baseada em evidência, abertos a diálogos mais profundos com a prática dispostos a conciliar o conhecimento tácito com o conhecimento de pesquisa: evidências de pesquisa.

2. OBJETIVO GERAL

Verificar a apreensão do objeto profissional por meio da aplicabilidade da Prática Baseada em Evidência na formação de estudantes de graduação em Terapia Ocupacional da UFRJ.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de campo, com abordagem qualitativa.

Os participantes da pesquisa foram estudantes de graduação em Terapia Ocupacional da UFRJ em cumprimento de estágio obrigatório e supervisão docente. Estudantes de ambos os sexos, maiores de idade. Trata-se da constituição de amostra transversal. Foram abordados dois grupos de estudantes, de duas turmas de supervisão docente de estágio. Uma turma em processo de supervisão sob a metodologia da Prática e Educação Baseada em Evidência, e a outra sob outra metodologia pedagógica distinta.

Quando verificados os fundamentos teóricos utilizados pelos docentes durante as supervisões de estágio do G1 e G2, verificou-se que no G1 o docente utilizava o documento da AOTA (2010) *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*, já no G2 não havia um referencial sobre objeto da Terapia Ocupacional, e sim teorias sobre os distintos processos de atuação em campos de práticas. Em ambos os grupos as metodologias eram ativas, dependentes das narrativas dos estudantes sobre suas experiências em campo de estágio. No G1 era utilizado recurso de formulário para o registro da prática, com uma série de enunciados orientadores do raciocínio, no final do processo o estudante apresentava uma síntese do aprendizado extraído do formulário. Já no G2 eram utilizados recursos de diário e relatórios mensais, assim como apresentação de estudo de caso ao final da supervisão. Ambos os docentes utilizavam textos/artigos como recursos pedagógicos para orientar processos individuais sobre práticas de atuação e grupais como grandes categorias-chaves de interesse à todos os estudantes.

A amostra transversal não determina a priori um quantitativo de sujeitos de pesquisa.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: estudantes maiores de 18 anos, regularmente matriculados no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que estavam realizando ensino em serviço, estágio-obrigatório, a partir do 6º período da graduação. Já os critérios de exclusão foram: estudantes que não aceitaram participar da pesquisa, e com frequência menor de 75% na disciplina.

Foram aplicados questionários elaborados pelos pesquisadores durante a supervisão docente de estágio no primeiro semestre de 2016. Tratou-se de questionário descritivo, com seis questões abordando direta e indiretamente informações passíveis de enunciar os modos de apreensão do objeto profissional na formação. Através de perguntas referentes as atividades de campo, demandas e expectativas dos estudantes pesquisados em sua fase de estágio (Anexo 1).

Os questionários foram enumerados, a fim de, evitar a identificação do participante da pesquisa. Estes questionários foram entregues aos sujeitos da pesquisa e devolvidos aos pesquisadores por uma terceira pessoa, evitando-se qualquer contato do pesquisador com seus sujeitos de pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/ UFRJ, sob o parecer CAE nº 59180116.1.0000.5257. Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre o objeto e metodologia, e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.

Para análise dos questionários foi utilizado o método de Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter o desvendamento de significações de diferentes tipos de discursos, baseando-se na inferência ou dedução, mas que, simultaneamente, respeita critérios específicos que sistematizam dados em frequência, em estruturas temáticas, entre outros (BARDIN, 2009).

Primeiramente foram feitas leituras flutuantes, de todos os questionários, em termos/frases/textos chaves foram categorizados em unidades de conteúdo, como propõe Bardin (2016). As unidades de conteúdo foram categorias prévias, em que o pesquisador as define conforme a orientação de seu objeto de pesquisa. Coerentemente foram ancoradas nos referenciais teóricos propostos e diretamente relacionado ao objeto de estudo.

As unidades de conteúdo foram correlacionadas á literatura proposta, por revisão bibliográfica, para interpretação das informações coletadas no questionário. Foi feita leitura exaustiva, e quando na repetição de elementos comuns, foram extraída categorias de análise.

As categorias de análise, segundo Bardin (2016) são termos chaves extraídos da repetição exaustiva das informações coletadas na pesquisa, e que expressam categorias de sentido atribuídas pelos sujeitos da pesquisa, e que estão ou não diretamente relacionadas ao objeto de estudo.

As categorias de análise foram correlacionadas e sustentadas pela literatura atual do tema, e refutadas ou afirmadas, produzindo evidências sobre o assunto. Por se tratar de um desenho qualitativo, estas categorias de análise foram orientadas aos sentidos produzidos pela percepção, consciência e cognição dos sujeitos de pesquisa. Cabendo ao pesquisador dimensioná-las e analisá-las macro socialmente, com a literatura pertinente.

Sobre a proposição das unidades de conteúdo, seguindo referenciais do objeto de estudo, que permeiam o paradigma da ocupação, estes elucidam o objeto profissional da Terapia Ocupacional e lhe garantem teoricamente evidências para sua discussão macro social.

O paradigma profissional envolve a integração dos seguintes elementos:

- Crenças, valores e compromissos subjacentes do profissional.
- O conhecimento, as capacidades e as habilidades de terapia ocupacional do profissional, incluindo teorias, avaliação e estratégias de tratamento.
- Os valores profissionais do terapeuta conforme expresso em um compromisso com a prática e com as pessoas que procuram seus cuidados.

Por meio da experiência, os paradigmas profissionais se desenvolvem e fornecem melhores recursos para que os profissionais reflitam sobre sua atuação e os problemas encontrados por seus clientes (SHELL, 2011).

A priori, apresentam-se como unidades de conteúdo, segundo (LIMA, OKUMA e PASTORE, 2013) Ocupação Humana, Atividade Humana, Atividades de Vida Diária, Desempenho Ocupacional e Cotidiano.

4. RESULTADOS

Foram aplicados 7 (sete) questionários no Grupo 1 sob a Metodologia da Prática Baseada em Evidência (G1) e 10 (dez) no Grupo 2 sob a metodologia pedagógica distinta (G2), totalizando 17 (dezessete) questionários. No entanto, somente 11 (64,7%) foram os respondentes; no G1 todos os participantes responderam e no G2 somente 04 (40%) responderam à pesquisa.

O perfil dos estudantes respondentes (tabela 1) foi em sua totalidade feminino e predominantemente do sexto período de graduação (54,5%) somando ambos os grupos.

Tabela 1. Perfil dos estudantes respondentes por grupo.

Grupo 01		Grupo 02	
Sexo/Gênero	Feminino 07 (100%)	Sexo/Gênero	Feminino 04 (100%)
Período	Sexto 04 (57%) Oitavo 03 (43%)	Período	Sexto 02 (50%) Oitavo 02 (50%)

A análise dos dados coletados sucedeu da seguinte forma: primeiro foi feita a leitura das respostas descritas pelos participantes para identificação e frequência de enunciados em relação ao objeto profissional da Terapia Ocupacional. Em seguida, foi feita a interpretação destes enunciados, a partir do quadro teórico, gerando classificações que foram organizadas em duas tabelas (tabela 2 e tabela 3), uma para cada grupo e nomeadas como unidades de conteúdo, segundo as orientações de Bardin (2016).

Tabela 2. Unidades de conteúdo G1.

Unidade de conteúdo	Frequência	Enunciados
1. Concepção do objeto centrado na ocupação (tipo)	05	<i>Ocupação. Ocupação humana.</i>
2. Concepção do objeto centrada na atividade (tipo)	01	<i>“Relação homem com as suas atividades e os papéis que desempenha ao longo da sua vida”.</i>
3. Concepção teórica do objeto	05	<i>Compreensão da AOTA A congruência refere-se a dificuldade.</i>
4. Concepção do objeto a partir	09	<i>Conversas com preceptores de campo e</i>

da prática e supervisão de estágio		<p>vivências de estágio. Disciplinas e a prática nos campos de estágio. Estruturar e embasar de forma mais ampla a prática no campo, baseada em evidências. Ter suporte para ações na prática Ajude no raciocínio pra prática. Ter suporte para o raciocínio na atuação em campo[...] elaboração de soluções para as dificuldades [...] encontradas. Tirar dúvidas do campo e levar questões que a deixam incomodada. Compartilhar experiências e questões da prática p/crescimento profissional. Troca de medos, receios. Surpreendeu-se com a presença de um conteúdo para organizar a prática.</p>
5. Concepção do objeto, a partir da tomada de decisões orientadas pelo raciocínio científico	02	<p>Livros e artigos científicos. Artigos, livros e discussões com preceptora de estágio.</p>
6. Concepção do objeto, a partir da tomada de decisão orientada pelo contexto genérico de atuação	08	<p>Dependendo muito das condições do paciente, instituição se pensa em valores, crenças espiritualidade funções e estruturas do corpo. As demandas que os pacientes, os usuários nos trazem para as áreas em que estamos inseridos. “Experimentar diferentes contextos e descobrir os que mais me identifico”. “Conhecer as mais diversas e possíveis áreas de atuação da terapia ocupacional” “Conhecer melhor como é atuação do T.O na saúde mental fora do que é ensinado nas aulas [...]”. “Conhecer a atuação da TO na prática, e nos diferentes campos”. Propor experiências para nos preparar para o mercado de trabalho. “Conhecer a atuação da TO na prática, e nos diferentes campos. Com a experiência poder construir minha prática profissional somando a formação e outras experiências acadêmicas”. “Aprendizagem [...] colocar em prática tudo que foi passado através das disciplinas do curso. E que haja troca de experiências e vivências, tanto do profissional quanto de colegas de estágio”.</p>
7. Inseguranças em relação a concepção do objeto	06	<p>“Tem dificuldades [...] inseguranças a respeito de como agir para solucionar questões de estágio”. “Produzir questionamentos e direcionamentos aos problemas encontrados [...] não estar se sentindo bem dentro do campo de estágio, inviabilizando a prática”. “Insegurança com a prática” “Sim, clareza nas metodologias de ensino e pouco abordagem sobre o assunto”.</p>
8. Concepção do objeto, a partir de aspectos subjetivos	06	<p>“Dificuldade de compreender a participação ativa na vida, só que ela se dá de formas muito distintas a cada pessoa”. “De forma prática, sim. [...] trata-se de algo tão subjetivo, tão amplo que a noção objetiva do que se compreende torna-se vaga”. “Sim Acho o objeto complexo. Difícil de delimitar.</p>

Acho difícil colocar nossa especificidade dentro de uma equipe. Às vezes tenho a impressão de poder fazer tudo e nada ser meu”.

“Sim, tenho dificuldade. A ocupação, as atividades de vida diária, as atividades instrumentais, a escuta terapêutica”.

No G1 foram identificadas 08 (oito) unidades de conteúdo, que compreendem enunciados sobre os tipos de concepções sobre o objeto profissional, sendo predominante a concepção centrada na ocupação. Observou-se também que os estudantes identificaram na supervisão de estágio a maior via para compreender o objeto profissional. Isso sugere que o objeto profissional é mais apreendido quando na relação teoria-prática orientada.

As unidades ainda demonstram que há pouca utilização de evidências científicas para a apreensão do objeto profissional, sendo em sua maioria compreendido pelo contexto de atuação, o que abre um intenso debate sobre campos e paradigmas de outros saberes que permeiam o campo da Terapia Ocupacional, mas que por ora confundem o seu núcleo estrutural. Isso ainda sugere a predominância dos enunciados relacionados às dificuldades e subjetividades no processo de apreensão do objeto profissional.

Tabela 3. Unidades de conteúdo G2.

Unidade de conteúdo	Frequência	Respostas
1. Concepção do objeto centrado na ocupação (tipo)	02	“Ocupação humana em seus diversos contextos e o uso de atividade (meio) para habilitar ou reabilitar o paciente dentro de suas necessidades” “Ocupação humana/atividades”.
2. Concepção do objeto centrado nas atividades (tipo)	02	“Fazer humano, principalmente o que ele diz saber, a execução e o significado pessoal e o contexto que esse fazer está inserido de modo que a investigação terapêutica ocupacional atue sobre sua disfunção ou potencialização”; “Ocupação humana/atividades”.
3. Concepção do objeto centrado no cotidiano (tipo)	01	“Cotidiano, entendendo que engloba e abrange os conceitos e as relações de atividade, dando margem as relações e interações dos indivíduos”.
4. Concepção teórica do objeto	01	“Os fatores do cliente como valores, crenças e espiritualidade, funções do corpo, estruturas do corpo, bem como suas habilidades, contexto e demandas”.
5. Concepção do objeto, a partir da tomada de decisões orientadas pelo raciocínio	02	“Conhecimento científico, raciocínio profissional, ético e demandas do paciente bem como o raciocínio narrativo, por que

científico		através da escuta podemos detectar dados importantes que fogem ao campo visual”. “Às vezes, quando me deparo com algo desconhecido, mas pesquiso para diminuir dúvidas”.
6. Concepção do objeto a partir da prática e supervisão de estágio	06	<p>“Multiplicidade de ações e área do saber (fazer/atuação) da terapia ocupacional que perpassa as delimitações fechadas dos campos”.</p> <p>“Abordagens práticas e teóricas, trocas de saberes e busca de referências”.</p> <p>“Relatar as experiências de campo e obter compreensão e estratégias sobre os desafios no campo de estágio”.</p> <p>“Que possa nos ajudar esclarecer dúvidas que possam surgir no campo de estágio no que se refere ao conhecimento científico e a aplicação ou uso na prática”.</p> <p>“Compartilhar fatos tanto positivos como negativos do campo, um espaço para compartilhar dúvidas, anseios, casos, de modo que ofereça um suporte da universidade para que o aluno não fique “sozinho” no campo”.</p> <p>“Acredito que seja uma parte fundamental para a interlocução com o campo e o compartilhamento de experiências, angústias e saberes. Quanto a expectativas e poder vivenciar questões durante as aulas”.</p> <p>“Fundamentar meu conhecimento científico na minha formação enquanto acadêmico para o futuro como profissional e estar sempre pesquisando sobre o desconhecido no sentido de aperfeiçoamento”.</p>
7. Concepção do objeto, a partir do contexto de atuação	08	<p>“Conduzir determinada situação do campo de acordo com seu estar e propósito naquele campo”.</p> <p>“Colocar em prática suas decisões. As necessidades do cliente”.</p> <p>“A demanda do cliente”.</p> <p>“É tomar conhecimento dos conhecimentos pré-estabelecidos e entender a particularidade da situação. Como fatores determinantes, as experiências teóricas e práticas, mas principalmente uma análise da situação e contexto”.</p> <p>“Aprendizagem, trocas afetos desafios e resultados sobre as demandas dos clientes”.</p> <p>“Aproximação com atuações de terapeutas ocupacionais, conhecer futuras possibilidades de emprego, conhecer histórias de profissionais e de como foi sua formação e inserção no mercado de trabalho, direcionar minha formação”.</p> <p>“Experiências e trocas, muito aprendizagem, que desperte o interesse”.</p>

No G2 foram extraídas 07 (sete) unidades de conteúdo. Identificou-se o enunciado “cotidiano” como apreensão do objeto profissional, que não foi enunciado no G1. Não foram enunciados dificuldades e aspectos subjetivos sobre a apreensão do objeto profissional. Nas respostas, identifica-se também, predominantemente o contexto de atuação como a via mais frequente para a apreensão do objeto profissional.

O G2 por ter sido um grupo menor não foi possível fazer comparações com o G1. Por isso, será feita apenas a exploração e descrição das unidades de conteúdo dos dois grupos e a extração e análise de possíveis categorias.

Os resultados indicam que os estudantes, em ambos os grupos, apreendem diferentes concepções sobre o objeto profissional, orientados entre Ocupação, Atividade Humana e Cotidiano, este último em sua menor frequência, indicando que pode haver práticas metodológicas distintas oferecidas pelos professores durante a formação acadêmica. No entanto, as vias de apreensão das concepções do objeto profissional foram identificadas como semelhantes, em relevância a partir da inserção no estágio supervisionado e nas diferentes experiências de campos de atuação que os estágios proporcionam; o que demonstra a importância da aproximação e contato com práticas terapêuticas ocupacionais durante a formação acadêmica.

As inseguranças e os aspectos subjetivos sobre o objeto profissional, em maior frequência nos enunciados do G1, assim como as incongruências entre teoria e prática e o desenvolvimento do raciocínio científico sugerem ser elementos que informam as fragilidades sobre a apreensão do objeto profissional, uma vez que os estágios, no currículo de Terapia Ocupacional da UFRJ, são oferecidos somente ao final da graduação.

Verifica-se assim, que estas informações implicitamente desvelam a necessidade da construção de unidades epistemológicas que reúnam teorias, metodologias e processos utilizados na apreensão do objeto profissional pelos estudantes, a fim de que compreendam e assimilem a pluralidade de significados sobre o objeto da Terapia Ocupacional, sem que necessariamente estes sejam consensuados por modelos, paradigmas e/ou teorias; possibilitando o desenvolvimento de raciocínios que triangulem suas experiências pessoais e subjetivas, juntamente aos elementos científicos e congruentes aos campos de atuação.

Assim, retomou-se a leitura dos questionários, a fim de verificar a validade das unidades de conteúdo extraídas dos enunciados, compreendendo que nestas havia implicitamente uma mensagem sobre a expressão do currículo em Terapia Ocupacional da UFRJ nos processos de apreensão do objeto profissional, e que, portanto, sendo esta a categoria de análise colocada à discussão, sob a perspectiva da teoria da Prática Baseada em Evidências, na qual se sugere um caminho teórico e metodológico pertinente para a assimilação e triangulação de processos que tomem como consciência a diversidade dos tipos e modos de apreensão do objeto profissional da Terapia Ocupacional.

5. DISCUSSÃO

5.1. A expressão do currículo em Terapia Ocupacional da UFRJ nos processos de apreensão do objeto profissional: a urgência pela triangulação das evidências

Identifica-se que frente à diversidade de concepções sobre o objeto e a predominância de respostas dos participantes da pesquisa, em ambos os grupos, em buscar a supervisão de estágio como fonte de evidência para compreender o próprio objeto como o seu processo e expressão na prática, o currículo do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ parece ser um caminho explicativo, não em sua totalidade, mas que assegura uma discussão, em especial, sobre estas questões, assim como da identificação majoritária da insegurança vivenciada pelos estudantes na construção profissional.

Para analisar o modo como se expressa o currículo em Terapia Ocupacional da UFRJ nos processos de apreensão do objeto profissional, elucida-se algumas de suas características. Não pretende com esse estudo fazer uma discussão do currículo propriamente dito, mas destacar de que modo ele expressa o *locus* de evidência para a apreensão do objeto profissional.

O currículo do curso de graduação em Terapia Ocupacional foi elaborado juntamente ao surgimento do curso na UFRJ em 2009, a partir do programa do Ministério da Educação REUNI – Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, que se iniciou em todo o Brasil em 2003. O curso é a menor unidade acadêmica da Universidade, localizado no departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, desenvolvido em período integral, estruturado em disciplinas e organizado por créditos. A periodicidade letiva é semestral e a duração mínima do curso é de quatro anos e período máximo de integralidade de 6 anos, com estruturação curricular em oito períodos sequenciados. A carga horária total do curso é de 3570 horas/aulas, conferindo aos egressos o certificado de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Segundo o site da Faculdade de Medicina da UFRJ o currículo da Terapia Ocupacional é organizado em cinco grandes campos: Ciências Biomédicas (16%), Ciências da Saúde (5,5%), Ciências Humanas (5,9%), Ciências Ocupacionais (38%) e Artes. Esses campos são compostos por disciplinas teóricas correspondentes as

suas áreas e compreendem juntas 65% da carga horária das disciplinas obrigatórias, soma-se a isso, mais 7% que são de disciplinas optativas. Os outros 28% da carga horária são destinados às atividades práticas, como os estágios.

Os estágios obrigatórios, ou seja, aqueles exigidos em carga horária dentro do currículo e que compreendem práticas profissionalizantes, são disponibilizados aos estudantes a partir do sexto período, ao final da graduação (sexto, sétimo e oitavo períodos).

Os estágios obrigatórios compreendem o momento da formação acadêmica em que o estudante, sob supervisão de um profissional terapeuta ocupacional, irá desenvolver na prática raciocínios de intervenções, habilidades e competências profissionais e imersão nas políticas institucionais.

O Estágio Curricular Obrigatório é o treinamento em serviço, em regime unicamente presencial, em serviços próprios ou conveniados a Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, sob preceptoria e supervisão técnica e/ou docente. Compreende necessariamente aspectos de práticas essenciais nas áreas de Saúde, Educação e no Campo Social (MANUAL DE ESTÁGIO TERAPIA OCUPACIONAL UFRJ, 2014).

De acordo com essa estrutura de currículo, observa-se que os estudantes vêm de uma predominante formação teórica precedente ao estágio obrigatório. Nesse percurso adquirem conhecimentos dos respectivos campos considerados pertinentes a formação profissional por meio de distintas metodologias de ensino-aprendizagem sob a responsabilidade de seus professores.

Algumas disciplinas, específicas e não específicas, possuem visitas institucionais e de campo, que mesmo não sendo consideradas práticas profissionais propriamente ditas, são experiências importantes durante a formação, pois compreende o primeiro contato dos estudantes com a realidade profissional. No entanto, é importante destacar que as visitas técnicas são metodologias de observação e passivas, e nem sempre contínuas, sendo muitas vezes processos estanques e recortados da realidade dos campos.

Enquanto estratégia metodológica, as visitas técnicas dependem da capacidade do professor em contextualizá-las com os estudantes e relacioná-las com os conteúdos teóricos apreendidos em sala de aula.

Há duas problemáticas identificadas e que se relacionam com os processos de apreensão do objeto profissional. O primeiro é que parece que a insegurança enunciada pelos estudantes da pesquisa podem ser efeitos da dicotomia teoria e

prática, que poderiam ser sanadas se o contato com experiências profissionais fossem ofertadas logo no início do curso, de forma contínua e constante.

Não há prejuízos em metodologias que em sua parcela de conteúdo pressuponham didáticas de observação, expositiva e passiva, no entanto quando não contínuas interrompem o fluxo de desenvolvimento do raciocínio sobre os modos de conceber e fazer Terapia Ocupacional,

Isso é nitidamente destacado na dificuldade que os participantes da pesquisa tiveram em informar suas bases de apreensão do objeto e dos elementos científicos.

A segunda problemática é que as interrupções do desenvolvimento de um raciocínio sobre a Terapia Ocupacional expõe os estudantes a modos de apreensão meméticos, ou seja, sustentadas na memorização. Problematisa-se se este modo de apreensão, que é um dado metodológico expresso pelo currículo, não teria alguma relação com a própria trajetória dos professores.

Esta pesquisa não tem dados suficientes para levantar tal discussão, no entanto, parece pertinente tecer alguns argumentos sobre os processos geracionais a respeito do objeto profissional em que os professores inculcam nos estudantes.

Quando se trata das disciplinas específicas da profissão, o objeto profissional participa como elemento de discussão orientado pela experiência dos docentes, abrangendo paradigmas científicos, teorias, métodos, que podem ser tomados como “certas verdades”. Visto que, o objeto acompanha consigo uma trajetória de tensões e disputas epistemológicas, que são refletidas no decorrer das disciplinas do curso o que parece impedir os estudantes de uma construção ativa do raciocínio entorno do objeto profissional, que a prática inevitavelmente convoca. Os estudantes repetem valores epistemológicos dos professores ou produzem seus próprios raciocínios?

Pelos resultados desta pesquisa a primeira hipótese parece ser a mais provável.

Questiona-se com isso se de fato os estudantes fazem escolhas sobre os paradigmas que compõem e tecem a Terapia Ocupacional. E se há fragilidades neste processo, há, portanto, fragilidades na construção de raciocínios.

Assim, os estudantes são levados ao longo de sua formação teórica a assumir concepções prévias sobre do objeto profissional como premissas de sua identidade profissional. No entanto, extrai-se nessa pesquisa uma forte influencia da disciplina de supervisão de estágio na construção de suas percepções sobre o objeto. Explicitando a prática como o campo de apreensão do objeto mais

significativo na formação dos estudantes. Que exhibe, assim, certa fragilidade por parte do currículo em ofertar essa experiência somente ao final da formação,

Como foi descrito no quadro teórico às concepções do objeto profissional da Terapia Ocupacional seguiram influências históricas e sociais diversas.

O termo ocupação refere-se a processos epistemológicos dos países do norte, anglo/saxões. Já concepções marcadas pelos termos atividades, fazer humano e cotidiano remetem as produções nacionais da Terapia Ocupacional. No entanto, a partir dos anos 2000, os países sul, em particular o Brasil, vêm adotando o termo ocupação sobre novos enfoques epistemológicos.

Estas concepções coexistem na formação graduada em Terapia Ocupacional e muitas vezes tomadas como ambivalentes. Verifica-se que muitos processos teóricos e metodológicos, também distintos, produzem disputas epistemológicas buscando partidos e consensos sobre a identidade da Terapia Ocupacional. Observa-se este jogo entre modelos e teorias que orientam os paradigmas da profissão.

A primeira evidência é que não existem consensos sobre o objeto profissional, e não se espera, pelo menos nesta pesquisa, tal feito.

Se o objeto expressa as especificidades de uma dada profissão, portanto, o objeto é a sua identidade. A identidade é uma constituição sócia histórica, e também política, que se faz e se refaz constantemente.

O objeto profissional é apreendido, segundo Shell (2011), por meio do raciocínio entre teoria e prática, por isso, mais do que uma definição ou consenso entorno do objeto profissional da Terapia ocupacional, o que se espera é o desenvolvimento de um raciocínio coerente e tomado como consciência na prática profissional.

Os tipos da relação com as quais se está engajado, para dar visibilidade ao objeto profissional caracterizando o seu papel para a sociedade é assimilado quando no encontro de unidades epistemológicas que inferem tal efeito.

Para Shell (2011) o raciocínio profissional não é algo que o terapeuta ocupacional escolhe ou não utiliza-lo. Mas, é algo que está presente em todo momento de sua atuação, portanto, a questão que se coloca é de quão bem se está efetuando o raciocínio profissional na prática. As teorias sobre o raciocínio propõe uma meta-análise do raciocínio a fim de estar consciente para os seus processos. O

foco desse processo mental parece variar de acordo com as demandas dos problemas a serem abordados em um dado contexto de prática.

O **raciocínio científico** é utilizado para compreender a condição que afeta o indivíduo a decidir sobre o tratamento no melhor interesse do cliente. Na Terapia Ocupacional as formas descritas desse raciocínio são o raciocínio diagnóstico e de procedimento, além do uso geral do raciocínio hipotético-dedutivo (SHELL, 2011).

No geral, esses tipos de raciocínio servem para identificar problemas de ordem biomédica subjacentes ao desempenho ocupacional e escolha de melhores procedimentos com base na doença ou incapacidade em que se decidem as atividades de tratamento que poderiam ser utilizadas para remediar os problemas de desempenho funcional da pessoa. Nesse tipo de raciocínio é que o conceito de prática baseada em evidência tem dado ênfase para fomentar maior criticidade por parte dos profissionais. Esse modelo limita os circuitos de entrada dos profissionais a intervir no objeto.

Esse tipo de raciocínio tem a característica de ser impessoal e lida com o ser humano na sua condição de máquina. Desse modo, propõe-se a resolver os problemas relacionados à maquinaria necessária para os indivíduos protagonizarem seus papéis ocupacionais. Em outras palavras, os componentes de desempenho ocupacional.

O privilégio desse tipo de raciocínio pode levar o terapeuta ocupacional a uma prática descontextualizada, portanto, parcial sobre o objeto. Por conta disso, existe a ressalva da prática baseada em evidência em envolver o cliente na decisão de qual tratamento investir.

Uma crítica social sobre a ênfase a esse modelo de raciocínio é que ele pauta-se em formas normativas de relação com a realidade e com a participação nas ocupações. Convencionalmente idealizados aos modos de reprodução social do capitalismo (BEZERRA, 2011).

As respostas da pesquisa que baseavam as decisões em livros, artigos científicos, e discussões com preceptora de estágio, correspondem a uma maior visibilidade a esse tipo de raciocínio na prática.

Próximo a esse tipo de raciocínio, com a ênfase na prática baseada em evidência tem a respostas de “produzir questionamentos e direcionamentos aos problemas encontrados” em razão de “*não estar se sentindo bem dentro do campo*

de estágio, inviabilizando a prática". Indicando assim uma possibilidade de atuação mais crítica com o raciocínio científico.

O **raciocínio narrativo** é, em contrapartida, o responsável por levar o profissional para uma concepção mais múltipla da realidade. Pois tem a característica de ser pessoal e focado no cliente. Propõe-se a conhecer a existência do cliente com os elementos constituintes de sua história, motivação e contexto (SHELL, 2011).

Esse tipo de raciocínio evoca a necessidade de reflexão sobre nossa condição de experiência na vida. Sendo assim, envolve um trabalho de compor junto ao cliente uma visão de corpo inteiro, incluindo os aspectos simbólicos de sua cultura e contexto. O reconhecimento dos afetos que o constituíram como ser humano e seus atravessamentos materiais e sociais. Para assim poder vislumbrar ações e desdobramentos que potencializem sua presença sensível no mundo. Para Shell (2011) esse tipo de raciocínio relaciona-se "ao que importa" da condição para a vida da pessoa. Ela o descreve como:

Raciocínio utilizado para compreender as circunstâncias particulares das pessoas, projetar o efeito da doença, incapacidade ou problemas de desempenho ocupacional sobre suas vidas diárias e criar uma história colaborativa que seja desempenhada pelos clientes e famílias, por meio do tratamento (SHELL, 2011, p. 323).

Com esse componente de raciocínio a resposta: "*dependendo muito das condições do paciente, instituição se pensa em valores, crenças espiritualidade funções e estruturas do corpo*". Os termos "*valores, crenças e espiritualidade*" em consideração as tomadas de decisão indicam a presença desse tipo de raciocínio.

Podemos destaca-lo também nessa resposta em que a decisão é entendida como "*tomar conhecimento dos conhecimentos pré-estabelecidos e entender a particularidade da situação. Como fatores determinantes, as experiências teóricas e práticas, mas principalmente uma análise da situação e contexto*". O entendimento da particularidade da situação e contexto como influenciadores principais da tomada de decisão.

Verifica-se a presença desse tipo de raciocínio pontuado nessa outra resposta: "*conhecimento científico, raciocínio profissional, ético e demandas do paciente bem como o raciocínio narrativo, por que através da escuta podemos detectar dados importantes que fogem ao campo visual*".

Outro componente do raciocínio profissional é o **raciocínio pragmático**, ele nos leva a ponderar aspectos das possibilidades de prestação de serviço, limites sociais, temporais e financeiros. Shell (SHELL, 2011, p. 323) o descreve como:

Raciocínio utilizado para adequar as possibilidades de tratamento à realidade atual de prestação de serviço, tais como: *pagamento por serviço; *disponibilidade de equipamentos; *habilidades e situação atual do terapeuta; *diretrizes de tratamento.

Tem por característica ser “focado nos dados físicos e sociais que cercam o encontro terapêutico, bem como no sentimento interno do terapeuta, do que ele é capaz, se tem tempo e energia para realizar” (SHELL, 2011, p. 323).

Na resposta “*dependendo muito das condições do paciente, instituição se pensa em valores, crenças espiritualidade funções e estruturas do corpo*”. A consideração prévia entre as condições do paciente e da instituição indica a influência desse raciocínio na tomada de decisão profissional.

É um raciocínio presente na condução das situações do campo como descreve a resposta: “*conduzir determinada situação do campo de acordo com seu estar e propósito naquele campo. [...]*”.

Está presente no entendimento da particularidade da situação como na resposta envolvendo “*tomar conhecimento dos conhecimentos pré-estabelecidos e entender a particularidade da situação. Como fatores determinantes, as experiências teóricas e práticas, mas principalmente uma análise da situação e contexto*”. No entanto, essa situação só se relaciona ao raciocínio pragmático quando corresponde ao entorno do serviço.

O **raciocínio interativo** é exercido no processo de vinculação com os clientes em que estamos nos relacionando com suas características pessoais e adequando padrões de influência. “Uma vez no mundo do cliente os terapeutas ocupacionais podem compreender melhor como ajudar o indivíduo a resolver seus problemas de participação”. Schell (2011) descreve como:

Raciocínio direcionado para a construção de relações interpessoais positivas com os clientes, permitindo a identificação colaborativa e resolução do problema. Esse tipo de raciocínio pode se manifestar com o uso de elogios, comentários empáticos e comportamentos não verbais para incentivar e apoiar a cooperação do cliente (SHELL, 2011, p. 323).

Esse raciocínio é frequentemente um processo mais inconsciente, por conta disso, mais difícil de ser explicitado em uma situação de entrevista. O que pode justificar seu não aparecimento nas respostas. Shell (2011) pontua que, geralmente,

esse raciocínio se torna consciente em situações de mal entendido em que o terapeuta ocupacional precisa adequar sua comunicação para não interferir na relação terapêutica.

O **raciocínio ético** envolve tomada de decisão sobre riscos e benefícios para o cliente visando afirmar valores próprios de sua vida. É compreendido como o componente final do raciocínio profissional. Shell (SHELL, 2011, p. 323) descreve como uma “abordagem sistemática do conflito moral”. A partir de uma evidente tensão “quando o terapeuta tenta decidir qual é a coisa certa a fazer, principalmente quando enfrenta dilemas no tratamento, princípios em competição, riscos e benefícios” (SHELL, 2011, p. 323).

A resposta “*conhecimento científico, raciocínio profissional, ético e demandas do paciente bem como o raciocínio narrativo, por que através da escuta podemos detectar dados importantes que fogem ao campo visual*”. Verificamos a pontuação dele como um aspecto do entendimento da tomada de decisão. No mais, esse raciocínio compreende um fenômeno transversal em qualquer decisão pessoal ou envolvendo a condução das situações do campo.

Esses diferentes aspectos retratados sobre o raciocínio profissional se distinguem, mas não se separam. Por isso, podemos dizer que o raciocínio profissional se trata de um processo de síntese (SHELL, 2011).

O **raciocínio condicional** é o que concebe as tomadas de decisão não como uma mescla dos diferentes tipos de raciocínio, mas como um processo dinâmico voltado a reconfiguração inclusive do tratamento.

Observa-se este tipo de raciocínio quando os estudantes enunciam. “*Dependendo muito das condições do paciente, instituição se pensa em valores, crenças espiritualidade funções e estruturas do corpo*”. “*Conduzir determinada situação do **campo** de acordo com seu estar e propósito naquele **campo***”. “*Colocar em prática suas decisões*”. “*As necessidades do cliente*”. “*É tomar conhecimento dos conhecimentos **pré-estabelecidos** e entender a particularidade da situação. Como fatores determinantes, as **experiências teóricas e práticas**, mas principalmente uma análise da situação e contexto*”.

Aproximar-se do objeto profissional é conhecer as diferentes variáveis de influência e compreender suas naturezas e mecanismos de como eles se dão/ de como eles se constituem na relação com o indivíduo. Reificando a crença de que melhor se apreende a realidade quanto mais versões se têm dela.

O raciocínio apresenta características que se manifestam ao longo do tempo, e, portanto, produz significados distintos nas constantes mudanças de percepções sobre a realidade. Por isso, destaca-se a importância da tomada de consciência sobre as estruturas formativas do raciocínio profissional, assegurando-se que é ele a unidade que garante a consciência, coerência e validade sobre as epistemologias diversas que compreendem o campo de significação do que seja o objeto profissional da Terapia Ocupacional.

Para Shell (2011) a proficiência desse tipo de raciocínio esta ligada a capacidade dos terapeutas explorarem suas habilidades em projetar diferentes desfechos sobre as possibilidades de vida dos clientes. Segundo ela, essas habilidades são aperfeiçoadas pela efetuação do raciocínio condicional juntamente com uma suficiente experiência clínica, munida de observações de diferentes resultados com atendimentos anteriores. Que contribuem, assim, para o terapeuta selecionar atividades coerentes com o cotidiano do cliente.

Entendendo as características do raciocínio profissional da Terapia Ocupacional como um processo interativo e condicional no qual todos seus aspectos são integrados para resolver questões de desempenho ocupacional presentes e futuros. Ao mesmo tempo, que ele veicula um domínio de apreensão do objeto profissional coerente entre a teoria e a prática, as bases da formação, como o currículo em Terapia Ocupacional, deve ser a base para a tomada de consciência sobre os tipos de raciocínio que estão sendo formados.

A Prática Baseada em Evidência coloca-se nesse estudo como um paradigma proponente a criar processos de assimilação frente à diversidade de modos de significação do objeto profissional. Que quando conjugado ao modelo do raciocínio profissional é capaz de instaurar processos ativos de aprendizagem, mediante correlações teórico-práticas congruentes as questões da especificidade – desempenho ocupacional – que se apresentam na prática profissional.

O método proposto é o que será denominado nesta pesquisa de triangulação de evidências. Ele reflete as características resultantes da atuação profissional. O desempenho ocupacional resulta de uma ordem triangular, isto é, *“da complexa negociação entre as capacidades do cliente, as experiências anteriores da pessoa e as demandas do contexto de desempenho”* (SHELL, 2011, p. 326).

“De modo semelhante, o processo de raciocínio profissional e as ações de tratamento resultantes representam negociações que acontecem entre o profissional, o cliente e o contexto de tratamento” (SHELL, 2011, p. 326).

A triangulação de evidências compreende o movimento que integra elementos da demanda de desempenho ocupacional do cliente, da experiência pessoal do terapeuta e dos conhecimentos técnico-científicos pertinentes. Em um processo que toma como consciência a diversidade dos tipos e modos de apreensão do objeto profissional da Terapia Ocupacional, de modo a disparar raciocínios e ações de intervenções congruentes ao contexto de prática.

O raciocínio apresenta características que se manifestam ao longo do tempo, e, portanto, produz significados distintos nas constantes mudanças de percepções sobre a realidade. Por isso, destaca-se a importância da tomada de consciência sobre as estruturas formativas do raciocínio profissional, assegurando-se que é ele a unidade que garante a consciência, coerência e validade sobre as epistemologias diversas que compreendem o campo de significação do que seja o objeto profissional da Terapia Ocupacional.

Compreende-se que as discussões sobre o objeto da Terapia Ocupacional não devem caminhar de forma crítica para a construção de consensos, isso reduziria a pluralidade e complexidade que é a identidade profissional, frente ao tecido social e suas mobilidades, na qual é formada. No entanto, verifica-se que a preocupação seria então os modos de apreensão desta complexidade. Estes modos, talvez caminhem para o que se propõe nesta pesquisa como triangulação das evidências, que nada mais é do que colocar em operação cognitiva e prática os elementos de conteúdos sobre o sujeito/coletivo alvo da Terapia Ocupacional, os conteúdos do contexto que os envolvem e os conteúdos teórico-científicos que auxiliam na interpretação e compreensão das demandas da realidade.

Durante a pesquisa, informações que não foram registradas nos questionários, mas que estiveram durante o encontro participante e pesquisadores, os estudantes argumentavam que era muito difícil responder tais perguntas, ou que precisavam levar o questionário para a casa para conferir a literatura, buscar alguma citação.

É importante destacar que os participantes desta pesquisa eram estudantes inseridos em campos de estágio obrigatório e que informaram a supervisão de

estágio como a principal fonte de evidências sobre o objeto profissional e os modos de aplicação e expressão na prática.

Com isso, coloca-se a urgência para a revisão dos elementos e conteúdos que compõe a formação de estudantes em Terapia Ocupacional da UFRJ. A metodologia de triangulação de evidências informa um paradigma que poderia ser mais bem aproveitado no currículo. Este paradigma diz respeito ao processo ativo e consciente do estudante na construção de seu raciocínio profissional.

Uma pergunta disparadora deste processo de revisão poderia ser: como os estudantes apreendem o objeto profissional da Terapia Ocupacional? Esta pergunta leva respectivamente a pensar, criar e explorar processos e metodologias mais ativas e que produzam ao longo de sua construção elementos tangíveis e intangíveis sobre o objeto.

Talvez estejamos em um tempo que não cabe mais os enunciados durante a formação sobre “Não sei explicar o que é a Terapia Ocupacional?”, “Estou terminando a graduação e ainda não sei bem dizer o que é de fato a Terapia Ocupacional”. Reside aí mais do que um problema epistemológico e sim um problema de raciocínio, ou seja, talvez os estudantes do curso de Terapia Ocupacional esperem mais por uma definição memética do que é o objeto em Terapia Ocupacional, do que produzir o esforço consciente do raciocínio sobre os diversos modelos, paradigmas sobre o objeto.

Urge novos paradigmas. Urge novos processos metodológicos.

Esta pesquisa encontra limites para ampliar e aprofundar a discussão. Também não se esperou que ela desse conta de todas as questões levantadas. Espera-se que estes contornos possam fomentar o debate e abrir possibilidades para novas investigações, que corroborem com o desenvolvimento e qualificação da formação acadêmica e da excelência dos futuros terapeutas ocupacionais.

6. CONCLUSÃO

O objeto profissional da Terapia Ocupacional ainda encontra dificuldades em transparecer a identidade profissional. Em parte, pelas diversas representações sociais e históricas dentro e fora da Terapia Ocupacional. Por outra, devido as fragilidades na apreensão teórica e prática do objeto refletida como raciocínio na formação prática profissional.

A análise das informações coletadas pela pesquisa informou que os estudantes identificam a supervisão de estágio como fonte prioritária de evidência, pois se sentem inseguros com a construção do raciocínio. Estas informações podem indicar as expressões do currículo na constituição dos modos de apreensão do objeto na formação graduada e sua operacionalização na prática.

Propõe-se a partir disso, a revisão as bases para formação, pela sua disposição em corroborar com a apreensão consciente do objeto profissional da Terapia Ocupacional. Para tal, a construção do raciocínio congruente com os elementos da prática, sustentado pelo paradigma da Prática Baseada em Evidência, informa um caminho possível para apropriação crítica e coerente do objeto profissional.

Coloca-se como insuficiente o modelo da Medicina Baseada em Evidência mostrando que é possível estruturar um raciocínio em Terapia Ocupacional fazendo arranjos de evidências que privilegie mais do que um rigor metodológico uma tomada de decisão consciente e efetiva do objeto profissional, a partir dos elementos vivenciados pelo contexto de prática, dos fatores que envolvem os sujeitos alvo da ação terapêutica ocupacional e as informações científicas, sendo estas contextualizadas e organizadas pelas habilidades condicionais de raciocínio do estudante, o qual se denomina aqui nesta pesquisa, como triangulação das evidências.

Deste modo, fortalecer o movimento de superação do conhecimento e prática das Ciências Médicas é a tentativa de legitimação da identidade profissional em Terapia Ocupacional. Surte a necessidade de adequar uma estrutura de raciocínio e prática que contemple as mudanças de paradigmas no interior da profissão para compreensão assertiva do seu objeto profissional.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BEZERRA, W. C. **A terapia ocupacional capitalista e sua inserção profissional nas políticas sociais no Brasil**. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2011.

BEZERRA, W. C.; TRINDADE, R. L. P. Gênese e constituição da terapia ocupacional: em busca de uma interpretação teórico-metodológica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 2, n. 24, p. 155-161, maio-agosto 2013.

CANIGLIA, M. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2005.

CARLO, M. M. R. D. P. D.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

CAZEIRO, A. P. M. et al. **A Terapia Ocupacional e as Atividades de Vida Diária, Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva**. Fortaleza: ABRATO, 2011.

CONSTANTIDINIS, T. C. "Cabeça vazia oficina do diabo": Concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 691-700, 2012.

DICIONÁRIO de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: FGV, 1986.

DRUMMOND, A. D. F. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 10-15.

FERREIRA, A. B. D. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: O minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FRANCA, G. V. D. Os riscos da medicina baseada em evidências. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 1, 2003.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. Campinas: Papirus, 1988.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, p. 104-109, set./dez. 2003. ISSN 3.

GORDON, D. M. A História da Terapia Ocupacional. In: WILLARD, H. S.; SPACKMAN, C. **Terapia Ocupacional Willard e Spackman**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 204-217.

HOUAISS, A.; M.S., V. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetivo, 2001.

KIELHOFNER, G. **Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional**. [S.l.]: Editora Médica Panamericana, 2006.

LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. D. N.; OKUMA, D. G. As atividades no campo da Terapia Ocupacional:mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. **Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 68-75, 2011.

LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. N.; OKUMA, D. G. As atividades no campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas

ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, p. 68-75, jan/abr 2011. ISSN 1.

LIMA, E. M. F. D. A.; OKUMA, D. G.; PASTORE, M. D. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, p. 243-254, 2013. ISSN 2.

MADRID, D. V.; JARA, R. M. **Análisis Ontológico de la Ocupación Humana**. Valdivia: Universidad Austral de Chile, 2009.

MAGALHÃES, L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 255-263, 2013.

MANCINI, M. C. Prática Baseada em Evidência. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 14, p. 133.

MCKENNA, K. et al. Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence. <http://www.otseeker.com>, 2002.

NASCIMENTO, B. A. D. O mito da atividade terapêutica. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 1, agosto 1990. ISSN 1.

PEILE, E. Reflexões a partir da prática médica: contrabalançando a prática baseada em evidências com evidências baseadas em prática. In: THOMAS, G.; PRING, R. **Educação baseada em evidências: a utilização dos achados científicos para a qualificação da prática pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 115-128.

PONTES, T. B.; POLATAJKO, H. Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 24, p. 403-412, 2016. ISSN 2.

RAMOS, G. **A nova ciência das organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, 1989.

ROCHA, R. S. D.; CELESTINO, V. S. História da ocupação territorial no Brasil. **III Simpósio Brasileiro de Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação**, Recife, 27-30 Julho 2010.

SACKEIT, D. L. et al. **Evidence based medicine: what it is and what it isn't**. London: BMA/BMJ, 1996.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; FONSECA, S. T. PRODUÇÃO CIENTÍFICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL: ASPECTOS QUE LIMITAM ESSA INTEGRAÇÃO NA FISIOTERAPIA E NA TERAPIA OCUPACIONAL. **Revista brasileira de fisioterapia**, v. 6, n. 3, p. 113-118, 2002.

SAMPAIO, R. F.; MANICNI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, p. 83-89, jan./fev. 2007. ISSN 1.

SHELL, B. B. Raciocínio Profissional: A Base da Prática. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 32, p. 318-329.

SILVA, A. C. D. **Dicionário latino-português**. 2. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 1943.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: logica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

SOARES, L. B. T. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 3-8.

THOMAS, G. Introdução: evidências e prática. In: THOMAS, G.; PRING, R. **Educação baseada em evidências: a utilização dos achados científicos para a qualificação da prática pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 09-27.

THOMAS, G.; PRING, R. **Educação Baseada em Evidências**: a utilização dos achados científicos para a qualificação da prática pedagógica. Porto Alegre: Artmed editora, 2007.

WOLECK, A. O trabalho, a ocupação e o emprego: Um perspectiva histórica. **Revista de Divulgação Técnico-científica do Instituto Catarinense de Pós-Graduação**, Janeiro 2002. 33-39.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO

Nº _____ data ___/___/___ período: _____ estágio I () II () III () IV () v ()

1. Descreva qual a concepção que você possui sobre o objeto profissional da Terapia Ocupacional?
2. Quais fatores você acredita que influenciaram a sua concepção sobre o objeto profissional da Terapia Ocupacional?
3. Quais as suas expectativas sobre a disciplina de estágio (estágio supervisionado) em Terapia Ocupacional?
4. O que você compreende por tomar decisões na prática? Quais os fatores que contribuem para a sua tomada de decisão nos problemas de estágio?
5. Quais as suas expectativas para o campo de estágio obrigatório em Terapia Ocupacional?
6. Você encontra dificuldades para compreender o objeto profissional da Terapia Ocupacional? Descreve quais são eles?