

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Marisa Ferrari Barszez

**Perspectiva de graduandos sobre a atuação da Terapia  
Ocupacional no campo da Reabilitação Física**

Rio de Janeiro  
2017

MARISA FERRARI BARSZEZ

**Perspectiva de graduandos sobre a atuação da Terapia  
Ocupacional no campo da Reabilitação Física**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Martins Cazeiro

Rio de Janeiro

2017

## AGRADECIMENTOS

Durante essa jornada pude contar com pessoas muito especiais. Algumas que já estavam em minha vida, algumas que a Minerva me presenteou e outras que apareceram durante o período em que estive na Universidade.

Agradeço aos meus pais e minha família, pois sem eles não chegaria até aqui. Conseguiram sustentar suas preocupações durante minhas idas e vindas dentro dos transportes públicos por 3 horas seguidas, conseguiram superar as dificuldades de me manter apesar dos gastos excessivos com passagens, xerox, materiais e mais materiais, almoço e tudo que era necessário para sobreviver às 12 horas diárias (no mínimo) fora de casa. Aqui também incluo meu agradecimento para Pandora, minha cachorra, que me alegrava ao me receber com muita festa me fazendo esquecer das 3, 4 ou até mesmo 5 horas de trânsito e aliviando meu estresse.

Muito obrigada, nós conseguimos!

Agradeço especialmente às minhas amigas, meu grupinho do TMJ, amigas do colégio, que estiveram comigo na formatura da alfa, na formatura do fundamental, no ensino médio e hoje apesar dos compromissos, seguimos juntas. Julia, Paula, Bia, Guilli e Marcelle, muito obrigada por me aturarem, muito obrigada por me apoiarem. Pela primeira vez sou a primeira em algo! Agradeço minhas amigas, que assim como eu, são filhas da Minerva. O que a UFRJ nos proporcionou é indescritível. Raquel, Débora, Nathalia, Lis e Ana Luiza, sem vocês com certeza, mas com toda certeza mesmo, eu não teria dado conta. Obrigada meninas, obrigada por cada detalhe. Não dá para descrever o tamanho da sorte que tenho por ter ganhado amigas como vocês. Sou a líder de torcida da arquibancada da vida de vocês e a maior admiradora das Terapeutas Ocupacionais que se tornaram!!!

Agradeço aos professores, grandes mestres que pude ter o prazer de conhecer e compartilhar tantos conhecimentos. Agradeço especialmente a minha orientadora, a qual acompanhou meu percurso não só durante essa pesquisa, mas todo meu crescimento dentro da universidade. Ana Paula, muito obrigada pela quantidade de ensinamentos pessoais e profissionais. Também agradeço a Fernanda Marinho, minha professora, tutora de turma, coordenadora e minha banca examinadora. Obrigada por cuidar com tanto carinho de todos nós, você é incrível em tudo aquilo que faz. Vocês duas são exemplos em muitos aspectos para mim e por isso foram escolhidas para essa missão. Quando crescer quero ser como vocês!!!

Obrigada aos meus queridos companheiros de curso, principalmente aqueles que reservaram um tempinho para me ajudar a tornar esse trabalho possível. Muito obrigada!

## RESUMO

Ao longo da história e desenvolvimento da Terapia Ocupacional, diferentes campos de atuação e especialidades surgiram, gerando muitas discussões teóricas sobre as características que definem cada uma destas áreas e, paralelamente, unificam-nas em uma mesma profissão. Acredita-se que estas questões ainda se fazem presentes no imaginário e na prática profissional, impactando na formação dos graduandos e na compreensão que estes desenvolvem sobre a atuação da Terapia Ocupacional com pessoas com alterações ou deficiências motoras. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi investigar a percepção de alunos de graduação sobre a atuação do terapeuta ocupacional na área de reabilitação física. Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como procedimento de coleta de dados um questionário com 6 perguntas abertas aplicado a seis alunos do terceiro período e sete alunos do oitavo período do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo um participante do sexo masculino e doze do sexo feminino. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. De acordo com as categorias formadas a partir das respostas dos participantes, os objetivos da Terapia Ocupacional na reabilitação física são favorecer a autonomia, a independência, o desempenho ocupacional, a funcionalidade e a inserção social, baseando-se nas necessidades ou interesses do cliente/paciente. Os procedimentos e técnicas utilizados pelo profissional envolvem atividades, métodos específicos, tecnologia assistiva, avaliações e orientações, e os locais ou contextos de atuação citados pelos participantes são hospitais, clínicas, domicílio, escolas, centros de reabilitação, consultório, ambulatório, casas de repouso, comunidade, NASF e saúde do trabalhador, além de ser citado o trabalho multidisciplinar. Ademais, os alunos citam diferentes disciplinas e experiências que contribuíram para a compreensão da prática neste campo, as quais se distribuem em diferentes etapas, mas se concentram após o término do terceiro período da graduação. Não ocorreram respostas negativas quanto ao interesse em atuar na reabilitação física, fato que pode ter influenciado as respostas fornecidas pelos sujeitos. Espera-se, com este trabalho, colaborar para as discussões sobre a atuação da Terapia Ocupacional na reabilitação física, bem como contribuir para a formação acadêmica nesta área profissional.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Reabilitação, Prática Profissional, Formação Profissional.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVO E HIPÓTESE.....</b>	<b>11</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
3.1. Participantes.....	11
3.2. Material.....	11
3.3. Procedimentos.....	12
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a *American Occupational Therapy Association* (2015), pode-se definir a Terapia Ocupacional como a profissão que utiliza atividades diárias (ocupações) de modo terapêutico a fim de possibilitar ou proporcionar melhora de pessoas ou grupos em sua participação social, hábitos e rotinas, sejam eles comprometidos em quaisquer ambientes: casa, escola, trabalho, comunidade. Seu plano de intervenção baseia-se sobre a relação de cada indivíduo com suas ocupações, considerando o contexto em que ele se insere, os seus fatores pessoais (funções do corpo, estruturas do corpo, valores, crenças) e suas habilidades (motora, processual e de interação social); quando necessário, realiza modificações ambientais ou adaptações em objetos que compõem o ambiente, possibilitando uma participação bem-sucedida. Segundo De Carlo e Bartalotti (2001), a Terapia Ocupacional, no contexto da reabilitação física, tem como objetivo habilitar ou reabilitar o indivíduo que apresenta uma limitação ou deficiência em seu desempenho, ocasionada por diferentes condições patológicas, as quais podem interferir direta ou indiretamente em suas atividades cotidianas, tornando-os menos independentes e autônomos.

A Terapia Ocupacional nasceu nos Estados Unidos, no contexto da Primeira Guerra Mundial, quando militares retornavam com necessidades de reabilitação, apresentando sequelas físicas, psiquiátricas e doenças crônicas (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Porém, foi na Segunda Grande Guerra que a profissão se propagou por todo o mundo, principalmente na área da reabilitação física. Pedretti e Early (2005) afirmam que, nesta época, foram criados departamentos de medicina física e de reabilitação, incorporando todos os serviços necessários para os cuidados com o grande número de feridos da guerra, sendo a Terapia Ocupacional um dos serviços essenciais. No bojo do Movimento Internacional de Reabilitação, surgiram, na segunda metade da década de 50, as primeiras escolas para a formação profissional no Brasil: na Associação Brasileira de Reabilitação (ABBR), no Rio de Janeiro, e na Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo (FRANCISCO, 2001).

Para Pedretti e Early (2005), a história da Terapia Ocupacional foi marcada por uma divisão entre dois paradigmas concorrentes: de um lado, o paradigma da ocupação, que teve o tratamento moral como seu fundamento, fornecendo uma visão humanista e holística do homem e da saúde no contexto das atividades da vida diária; por outro lado, entende-se que o paradigma do reducionismo enfatizava aspectos físicos, representando uma mudança de foco para

problemas musculares, sensoriomotores, de equilíbrio, entre outros, baseando-se em ideias a respeito de eficiência e observação sistemática.

Diante deste cenário,

[...] O terapeuta ocupacional de disfunções físicas teve que encarar o problema de como fornecer um tratamento que fosse holístico e humanista, por um lado, e reducionista e científico, por outro. A resposta de Baldwin, em 1919, foi encarar as atividades como fortalecimento muscular e fabricação de talas como técnicas que contribuíam para a meta mais ampla do “restabelecimento funcional” do bem-estar social, físico e econômico do indivíduo. A resposta de Spackman, em 1968, foi que o terapeuta ocupacional deveria usar “atividades construtivas em uma simulação de situação normal de vida e/ou trabalho. Esta é, e sempre foi, nossa função (PEDRETTI; EARLY, 2005, p.18).

Embora as técnicas de tratamento tenham mudado ao longo do século XX, Pedretti e Early (2005) descrevem que os terapeutas ocupacionais esforçaram-se em integrar as duas formas de prática, tanto os valores humanistas quanto os procedimentos científicos, para beneficiar ao máximo o paciente.

Ainda sobre esse assunto, Francisco (2001) discute que a Terapia Ocupacional desenvolveu-se paralela e conjuntamente com outras ciências e profissões da Saúde, em busca de evidências para a prática, junto às influências de filosofias e ideologias de diferentes épocas. E é nesse emaranhado de ideias que esta autora aponta o momento em que a ciência dividiu o homem em grupos de estudos, com objetivo de se aprofundar; cada área estudaria um aspecto desse mesmo homem, retalhando-o, e perdendo de vista o verdadeiro homem – o homem integral.

Deste modo, a busca por uma profunda especialização do conhecimento impactou na história da profissão. Para a autora, o surgimento do reducionismo provocou uma grande pressão sobre os terapeutas ocupacionais, por parte da comunidade médica, para tornar o modelo de ocupação, ou seja, o uso da atividade – seu instrumento de trabalho – cientificamente aceitável. A saída que se encontrou foi a substituição do treinamento de hábitos pela aplicação de exercício, significando que “o modelo do homem que se adapta ao meio social, que é possuidor de uma natureza ocupacional em sua essência, foi substituído por um modelo mecânico e progressivo linear” (FRANCISCO, 2001, p.31).

Francisco (2001) denomina a influência do reducionismo/cientificismo na Terapia Ocupacional como Modelo Positivista, no qual o principal objetivo é tratar a doença, fundamentado na definição de normal e patológico. Neste modelo, segue-se uma estrutura de procedimentos, em que a intervenção só acontece após uma avaliação do paciente, para que o terapeuta estipule um plano de tratamento. A relação entre paciente e terapeuta se dá por meio

da atividade como exercício; o paciente é instruído sobre como executá-la e sua recuperação depende de seu esforço e desempenho para garantir a eficácia do tratamento. Em contrapartida, Francisco (2001) descreve outros dois modelos na Terapia Ocupacional, os quais seriam inconciliáveis. Enquanto o modelo positivista parte de um processo rígido, o modelo humanista parte de um processo mais espontâneo, e o modelo materialista-histórico se caracteriza como um processo mais criativo e transformador do contexto em que se efetiva.

Na concepção humanista, a saúde é entendida como um equilíbrio na relação do homem com o seu ambiente, como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença. Francisco (2001) descreve que, nesta concepção, o terapeuta ocupacional parte do pressuposto de que o próprio cliente deve determinar o caminho para atingir o estado de saúde. A prática clínica é centrada na relação terapêutica, desenvolvida por meio de atividades e sua relação com o fazer. O objetivo é favorecer o autoconhecimento e os processos de relacionamento interpessoais para o crescimento pessoal.

Na concepção dialética, o objeto de atenção não é a doença, e sim, a pessoa, que vive em um determinado contexto social, político, econômico e cultural. Trata-se de compreender a Terapia Ocupacional como um saber que utiliza o fazer – atividade humana – como instrumento de construção, palpado nas práticas e relações com as experiências do cotidiano. O terapeuta e o paciente irão juntos detectar as principais necessidades e desejos do paciente, para que este se perceba como indivíduo social, possibilitando reconhecimento e enfrentamento das suas dificuldades.

A partir disso, é possível compreender que, para a autora, o uso da atividade (ocupação) na prática da reabilitação é marcado pelo reducionismo; segundo ela, é no condicionamento do corpo biológico que as práticas terapêuticas foram reduzidas a simples repetições mecânicas, desencadeando formas de trabalho alienadas que reduzem o cotidiano a meras ações biológicas do homem (FRANCISCO, 2001).

Tendo em vista que o objeto deste estudo se relaciona à atuação da Terapia Ocupacional no campo da reabilitação, faz-se necessário também refletir sobre as concepções atreladas a este termo. Rocha (2006) aponta que o termo “reabilitação” é derivado do latim medieval, que do ponto de vista etimológico significa “volta à boa saúde”. Entendendo saúde como bem-estar e não como ausência de doenças, a reabilitação, enquanto campo da saúde, seria negligente se focada somente na patologia, visto que saúde envolve o contexto relacional e social sobreposto à deficiência ou incapacidade.



Ainda assim, Rocha (2006) mostra que é nítida a influência de um modelo tradicional nos grandes centros de reabilitação, os quais atentam-se ao corpo orgânico, individual, e cujas intervenções especializadas objetivam o fim ou a diminuição da deficiência ou da incapacidade. Ou seja, a Reabilitação Tradicional se caracteriza por uma abordagem especializada, medicocêntrica, na qual a deficiência/incapacidade é definida por alterações fisiopatológicas e o indivíduo é o objeto de intervenção e do saber médico e de suas especialidades, sendo realizadas técnicas de diagnóstico e tratamento; o produto esperado é o de minimizar os efeitos da deficiência/incapacidade deslocados de um contexto macro sociopolítico e histórico.

Por outro lado, a autora discorre que as experiências do setor público passaram a incorporar a preocupação com a redução das desvantagens sociais, como tentativa de uma nova organização dos serviços de reabilitação. Neste sentido, Rocha (2006) menciona a Reabilitação voltada para a Saúde Pública como uma abordagem focada na problemática da pessoa com deficiência a partir dos conceitos de incapacidade, participação nas atividades e processos de exclusão social. Baseando-se na concepção do processo saúde/doença, discute-se que as deficiências ou desvantagens sociais, ambientais ou pessoais se desenvolvem segundo o modo de vida de pessoas de um certo espaço geográfico, situado histórico e socialmente, de forma transitória ou permanente, dentro das possibilidades de um coletivo.

Consonante com o que Rocha define como modelo tradicional de reabilitação, pode-se observar que a OMS, em 1976, juntamente à publicação da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), apresenta as seguintes definições:

[...] a deficiência é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; incapacidade é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; desvantagem reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade [...] (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p.189).

Já em 2001, afinada com as discussões do que Rocha denominou de modelo de reabilitação baseado na saúde pública, a Organização Mundial da Saúde aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), realizando a autocrítica de que a CIDID não abordava os aspectos sociais e ambientais. A CIF, então, é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Assim, ao se avaliar uma pessoa com deficiência utilizando a CIF, destaca-se do modelo biomédico, incorporando as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. “Nesse modelo cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais”. Os fatores ambientais, por sua vez, abrangem o

“ambiente físico, social e de atitudes” em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p. 189).

Calvacanti e Galvão (2011) defendem que a Terapia Ocupacional não sobrevive se ficar aprisionada às práticas reducionistas, visto que as questões do cotidiano e da organização da vida desafiam os terapeutas à não-convencionalidade clínica ao habilitar ou reabilitar indivíduos com histórias complexas, singularidades e heterogeneidades, as quais extrapolam demandas tecnicistas. Aponta-se, assim, para a importância de se considerar os aspectos significativos da vida do sujeito, possibilitando que o processo de reabilitação adquira sentido em relação ao seu fazer cotidiano, e ressalta-se o papel do terapeuta ocupacional, desenvolvendo um olhar que foque para além da deficiência apresentada pelo cliente.

Contudo, pela experiência descrita por Rocha (2006), são poucas as propostas de reabilitação que incorporam um plano de intervenção no qual o corpo social compõe o objetivo, junto ao meio ambiente, ao domicílio, aos equipamentos sociais e às instituições. Atualmente, os serviços de reabilitação, em sua grande maioria, ainda seguem um modelo tradicional, em setores públicos e privados.

Neste contexto, embora os terapeutas ocupacionais defendam, desde os primórdios da profissão, que o ser humano é um indivíduo biológico e psicológico em um ambiente social (CAZEIRO; BASTOS; SANTOS; ALMEIDA; CHAGAS, 2011), acredita-se que questões relacionadas à dicotomização da prática e do sujeito sob seus cuidados ainda se façam presentes no imaginário e na prática profissional, impactando na formação dos graduandos e na compreensão que estes desenvolvem sobre a atuação da Terapia Ocupacional com pessoas com alterações ou deficiências motoras. Deste modo, identifica-se a necessidade de estudos e investigações sobre a percepção que graduandos e profissionais apresentam sobre a atuação da Terapia Ocupacional na reabilitação física.

## **2 OBJETIVO E HIPÓTESE**

O objetivo desta pesquisa foi investigar a percepção de alunos do curso de Graduação em Terapia Ocupacional sobre a atuação do terapeuta ocupacional na área da reabilitação física.

Diante das discussões e questionamentos sobre as peculiaridades da atuação do terapeuta ocupacional na área da reabilitação física, partiu-se da hipótese de que os alunos da graduação em Terapia Ocupacional apresentam dificuldades na compreensão da prática profissional com pessoas com deficiências ou alterações motoras, restringindo-a a ações voltadas para o corpo físico e se desconhecendo as possibilidades de atuação sobre outros aspectos e contextos da vida dos sujeitos sob seus cuidados.

## **3 MÉTODO**

Este estudo, de cunho qualitativo, envolveu a aplicação de um questionário a alunos de um Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, sendo a análise de conteúdo utilizada para a análise dos resultados obtidos. A seguir, serão apresentadas as informações a respeito dos sujeitos da pesquisa, do instrumento utilizado e dos procedimentos realizados.

### **3.1 Participantes**

Participaram deste estudo 13 alunos do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFRJ, sendo 1 participante do sexo masculino e 12 do sexo feminino, os quais foram divididos em dois grupos: no grupo 1, foram incluídos seis alunos do terceiro período; no grupo 2, foram incluídos sete alunos do oitavo período, inclusive aqueles que já realizaram mais de oito períodos, porém se encontram na fase de conclusão da graduação do referido curso. Foram excluídos todos os alunos que cursam períodos distintos dos citados acima, pois até o terceiro período ocorrem os primeiros contatos com a história da Terapia Ocupacional e no oitavo período, além das disciplinas específicas, há experiências de estágio.

### **3.2 Material**

Para a coleta dos dados, foi desenvolvido e aplicado um questionário com seis perguntas abertas, que buscou explorar a percepção dos alunos sobre a prática da Terapia Ocupacional na área da reabilitação física, conforme apresentado a seguir:

1- Na sua opinião, quais são os objetivos do terapeuta ocupacional ao atuar com pessoas com deficiências ou disfunções motoras?

- 2- Quais são os procedimentos e técnicas utilizadas pelo terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física?
- 3- Em que locais ou contextos o terapeuta ocupacional pode atuar com pessoas com deficiências ou disfunções motoras?
- 4- Quais conteúdos, disciplinas ou experiências você desenvolveu ao longo da graduação que contribuíram para a compreensão da prática do terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física?
- 5- Após a graduação, você tem interesse em atuar ou aprofundar seus conhecimentos na área da reabilitação física? Por quê?
- 6- Se você considerar pertinente, apresente suas observações, sugestões, elogios e/ou críticas a respeito da atuação da Terapia Ocupacional na área da reabilitação física.

### **3.2 Procedimentos**

Antes do início desta pesquisa, o seu projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho /HUCFF/ UFRJ (comprovante nº 112871/2016). Os sujeitos que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado com base na Resolução 466/2012 e nos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

O contato com os participantes se deu por meio eletrônico, via e-mail específico de cada turma. O representante de turma também informou o melhor dia e horário para a entrega dos questionários impressos; assim, além da cópia digital, uma das pesquisadoras entregou uma cópia do questionário aos interessados (em mãos). Os alunos que assinaram o TCLE e responderam aos questionários (de próprio punho, em cópia impressa e/ou enviada por meio eletrônico), devolveram-nos à mesma pesquisadora até a data pré-estabelecida.

Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004). Para isso, inicialmente, as pesquisadoras procederam à leitura individual de todos os materiais, identificando as aproximações e as diferenças entre as respostas dos sujeitos; em seguida, as pesquisadoras decidiram conjuntamente sobre os dados que estavam de acordo com os objetivos da pesquisa e, sendo recorrentes ou contraditórios, foram incluídos na análise. Na sequência, a partir dos dados coletados, foram discutidas e definidas as unidades de análise e foram elaboradas as categorias nas quais as respostas fornecidas pelos sujeitos foram classificadas. O conteúdo organizado por

meio do processo de categorização foi, então, analisado de maneira global, identificando a compreensão que o grupo de sujeitos apresentou acerca do tema em questão.

#### 4 RESULTADOS

A primeira pergunta do questionário abordava a opinião dos graduandos sobre quais seriam os objetivos do terapeuta ocupacional ao atuar com pessoas com deficiências ou disfunções motoras. As respostas foram organizadas nas seguintes categorias: autonomia, independência, desempenho ocupacional, funcionalidade, foco no cliente/paciente e inserção social. O Quadro 1 apresenta as respostas dos sujeitos de ambos os grupos, de acordo com as categorias mencionadas.

Quadro 1 – Categorização das respostas da questão: “Na sua opinião, quais são os objetivos do terapeuta ocupacional ao atuar com pessoas com deficiências ou disfunções motoras?”

<b>Categorias</b>	<b>Período</b>	<b>Respostas</b>
Autonomia	Terceiro	1. Promover autonomia do paciente. 4. [...] maior autonomia por parte do cliente/paciente [...]
	Oitavo	4. Promover autonomia e independência proporcionando qualidade de vida. 6. [...] promover autonomia a partir de suas demandas e necessidades [...]
Independência	Terceiro	2. Reabilitá-lo para que ele consiga realizar suas atividades. 4. [...] tecnologias que permitam o acesso auxiliando as AVDs [...] 5. Promover a possibilidade do cliente fazer as atividades humanas que estão sendo impedidas ou impossibilitadas por causa da deficiência ou disfunção. 6. Tornar as AVDs e AIVDs possíveis de serem realizadas, de forma que o cliente se sinta independente e satisfeito com o processo.
	Oitavo	2. [...] consiga realizar as AVDs ou AIVDs e consiga lidar com as dificuldades que a doença traz [...] 3. [...] criação de estratégias que incentivem o indivíduo a continuar agindo sobre o mundo, minimizando ou eliminando possíveis impactos em seu cotidiano [...] 4. Promover autonomia e independência proporcionando qualidade de vida. 6. [...] promover independência do indivíduo em suas AVDs a partir de suas demandas e necessidades [...]
	Terceiro	

Desempenho Ocupacional	Oitavo	1. [...] resgate do desempenho ocupacional [...] 3. [...] busca de um desempenho ocupacional satisfatório aos desejos e possibilidades de cada pessoa. O Terapeuta Ocupacional através do estudo e análise das atividades humanas pode auxiliar os sujeitos a se engajarem a partir da aquisição de componentes necessários, que apoiem sua inserção em contextos que lhe convenham [...] 7. [...] desempenhar de forma satisfatória suas ocupações [...]
Funcionalidade	Terceiro	4. [...] aumento da funcionalidade cognitiva [...]
	Oitavo	1. [...] reestabelecimento das funções [...] 7. [...] habilitar ou reabilitar a funcionalidade [...]
Foco no Paciente/Cliente	Terceiro	6. [...] que o cliente se sinta independente e satisfeito com o processo [...]
	Oitavo	2. [...] que ele consiga atingir os seus objetivos [...] 3. [...] desempenho ocupacional satisfatório aos desejos e possibilidades de cada pessoa [...] 6. Promover autonomia, independência do indivíduo em suas AVDs a partir de suas demandas e necessidades.
Inserção Social	Terceiro	3. Objetivo de reinserir o indivíduo socialmente, tanto no trabalho com nas atividades de vida diária.
	Oitavo	3. [...] apoiando sua inserção nas atividades e contextos que assim lhe convenham [...]

A segunda pergunta da pesquisa referia-se aos procedimentos e técnicas utilizados pelo terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física. As respostas foram organizadas nas seguintes categorias: atividades, métodos específicos, tecnologia assistiva, avaliações e orientações. O Quadro 2 apresenta as respostas dos sujeitos de ambos os grupos, de acordo com as categorias mencionadas.

Quadro 2 – Categorização das respostas da questão: “Quais são os procedimentos e técnicas utilizadas pelo terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física?”

<b>Categorias</b>	<b>Período</b>	<b>Respostas</b>
Atividades	Terceiro	2. [...] o TO analisa o cliente realizando uma atividade e identifica os problemas que impendem o cliente de alcançar seus objetivos na atividade. Além disso a atividade é usada como recurso para fortalecer músculos e favorecer o movimento [...] 3. Atividades que remetem a ações inseridas no trabalho e nas atividades de vida diária.

	Oitavo	<p>1. [...] treino das AVDs [...]</p> <p>3. [...] uso de atividades habilitadoras, exercícios terapêuticos, atividades com propósito [...]</p> <p>4. Varia de acordo com o diagnóstico apresentado pelo cliente, pode utilizar diversas atividades como recurso, manuseios, ventosas, exercícios e etc.</p> <p>6. [...] treino das atividades de vida diária; Exercícios para ganho de força muscular e amplitude de movimento [...]</p> <p>7. [...] treino de AVD [...]</p>
Métodos Específicos	Terceiro	
	Oitavo	<p>1. [...] bobath, Kabat, integração sensorial, contensão induzida e outros [...]</p> <p>2. [...] bobath, Kabat, integração sensorial, kinesiologia, etc [...]</p> <p>5. Método Bobath, integração sensorial, manipulação ativa/passiva assistida, brincar ativo, bandagens elásticas, etc.</p> <p>7. [...] bobath, contensão induzida, therasuit, pediasuit, manipulação manual, bandagem elástica, terapia aquática, ecoterapia, estimulação funcional de mmss, integração sensorial [...]</p>
Tecnologia Assistiva	Terceiro	<p>1. Acho que TA engloba tudo.</p> <p>2. [...] adaptação e graduação, além de treinos em ambientes simulados [...]</p> <p>4. Adaptações, tecnologias assistivas.</p> <p>6. [...] desenvolver órteses e adaptações em ambientes e/ou instrumentos, para que nada mais interfira [...]</p>
	Oitavo	<p>1. [...] confecção, treino e uso de órteses e adaptações; treino e uso de tecnologias assistivas – principalmente para locomoção, AVD e trabalho [...]</p> <p>2. [...] uso de tecnologia assistiva, a comunicação alternativa [...]</p> <p>6. [...] prescrição e treino de uso de órteses, próteses e dispositivos de mobilidade; realizar adaptações ambientais e de utensílios próprios do cotidiano do sujeito [...]</p> <p>7. [...] tecnologia assistiva e órtese entre outros [...]</p>
Avaliações	Terceiro	<p>6. [...] estudar tudo que interfere na ocupação do cliente (seja no trabalho, escola, funções de casa, entre outros) [...]</p>
	Oitavo	<p>3. [...] os procedimentos e técnicas podem variar de acordo com o contexto que o profissional atua. Porém pode-se elencar como exemplo avaliações específicas a cada condição [...]</p> <p>6. [...] avaliações referentes à força muscular, amplitude de movimento, sensibilidade e funcionalidade [...]</p> <p>7. [...] a partir de uma avaliação que colherá tanto a história, expectativas e dados, quanto às incapacidades e habilidades do paciente [...]</p>
Orientações	Terceiro	
	Oitavo	<p>6. [...] orientações ao paciente e ao familiar quanto à doença, cuidados necessários e benefícios que o paciente tem direito [...]</p>

A terceira questão abordava os locais ou contextos em que o terapeuta ocupacional pode atuar com essa clientela. As respostas foram organizadas no Quadro 3 a partir do que foi citado pelo terceiro e pelo oitavo período.

Quadro 3 – Respostas fornecidas para a questão: “Em que locais ou contextos o terapeuta ocupacional pode atuar com pessoas com deficiências ou disfunções motoras?”

<b>Período</b>	<b>Respostas</b>
Terceiro	Hospitais (3 respostas)* Clínicas (2 respostas)* Domicílio (4 respostas*) Escolas (1 respostas)* Trabalho multidisciplinar (1 resposta)
Oitavo	Hospitais (5 respostas)* Clínicas (2 respostas)* Domicílio (3 respostas*) Escolas (2 respostas)* Centros de reabilitação (3 respostas) Consultório (2 respostas) Ambulatório (3 respostas) Casas de repouso (1 resposta) Comunidade (1 resposta) NASF (1 resposta) Saúde do trabalhador (1 resposta)
* Respostas fornecidas por sujeitos de ambos os períodos	

A quarta questão envolvia os conteúdos, disciplinas ou experiências desenvolvidas pelos alunos da graduação que de alguma forma contribuíram para a compreensão da prática do terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física. As respostas foram organizadas de acordo com o que foi citado por cada grupo. Em relação às experiências desenvolvidas, os alunos do oitavo período apresentaram alguns comentários sobre os estágios: Sujeito 1 - “Estágios no ambulatório de hanseníase do HU e no HFAG – terapia da mão, queimados, oncologia, internação geral”; Sujeito 4 - “Em diversas disciplinas durante o decorrer da graduação pude observar e compreender a teoria da Terapia Ocupacional na reabilitação física e os campos de estágio me proporcion[aram] a prática”; Sujeito 5 - “A experiência no estágio faz com que o emaranhado teórico faça sentido”. Por sua vez, as disciplinas mencionadas pelos sujeitos da pesquisa foram agrupadas no Quadro 4.



Quadro 4 – Disciplinas mencionadas nas respostas à questão: “Quais conteúdos, disciplinas ou experiências você desenvolveu ao longo da graduação que contribuíram para a compreensão da prática do terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física?”

Período	Respostas
Terceiro	Análise do Movimento Humano nas Atividades Cotidianas (5 respostas)* Análise da Atividade (2 respostas)* Laboratório A (1 resposta)* Laboratório B (1 resposta)* Bases Biológicas (conteúdos de anatomia e fisiologia) (3 respostas) PCI Neurolocomotor (2 respostas) Fundamentos da Física e Biofísica (1 resposta)
Oitavo	Análise do Movimento Humano nas Atividades Cotidianas (4 respostas)* Análise da Atividade (3 respostas)* Laboratório A (1 resposta)* Laboratório B (1 resposta)* Tecnologia Assistiva (3 respostas) Terapia Ocupacional nas Disfunções Neurológicas (5 respostas) Terapia Ocupacional nas Disfunções Traumato-ortopédicas e Reumatológicas (6 respostas) Avaliação em Terapia Ocupacional (2 respostas) Terapia Ocupacional na Saúde da Criança (4 respostas) Terapia Ocupacional em Gerontologia (2 respostas) Terapia Ocupacional no Contexto Hospitalar (1 resposta) Ergonomia, Saúde do trabalhador e Terapia Ocupacional (1 resposta) Recursos Terapêuticos (1 resposta) Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (2 respostas) Dança e Saúde (1 resposta) Corpo e Arte em Terapia Ocupacional (1 resposta)
* Respostas fornecidas por sujeitos de ambos os períodos	

A quinta pergunta do questionário indagava aos envolvidos se haveria interesse em atuar ou aprofundar os conhecimentos neste campo e por quê. O Quadro 5 expõe as respostas dos dois grupos, organizadas em “sim” e “outras”, pois não houveram respostas negativas neste quesito.

Quadro 5 – Apresentação das respostas da questão: “Após a graduação, você tem interesse em atuar ou aprofundar seus conhecimentos na área da reabilitação física? Por quê?”

Categorias	Período	Respostas
Sim	Terceiro	1. “Pretendo trabalhar com a reabilitação nas escolas acho um trabalho válido e remunerado como pretendo” 2. “Por ser uma área mais voltada para as funções do corpo humano” 3. “No momento possuo interesse pela reabilitação física, pois o reabilitar indivíduos em suas funções ou ao menos melhorar sua qualidade de vida nas mais simples atividades, é algo que não tem preço para mim, e seria gratificante” 4. “É uma área de extrema importância para a TO e quanto mais áreas eu puder explorar, melhor”

	Oitavo	<p>1. “esta é uma área de grande interesse e na qual pretendo me especializar. A reabilitação física transparece rasa, porém, mesmo em um campo que lida com dor e incapacidades, ela se mostra cheia de possibilidades. Com os pacientes que passaram em meu percurso acadêmico aprendi a ver potencialidade onde, minimamente, existiam dificuldades e fraquezas. Aprendi a vibrar a cada pequena conquista e me emocionava quando no fim tudo terminava bem. A reabilitação física pode não parecer sensível, mas ela é, e muito. Todas as minhas experiências me proporcionaram a construção de meu olhar de TO e me mostraram que em uma área tão cheia de protocolos – estamos lotados de subjetividade”</p> <p>2. “A área de reabilitação física sempre foi a quem me chamou mais atenção em toda a graduação. E como a minha tia que também é TO é desta área, me fez gostar muito”</p> <p>4. “acho uma área muito importante dentro da T.O e que me gera prazer em atuar”</p> <p>6. “pois é uma área de meu interesse e entendo que a graduação não é capaz de contemplar todas as necessidades que o campo exige”</p> <p>7. “pois é o campo que me identifico e percebo potência do terapeuta Ocupacional no processo de reabilitação do indivíduo”</p>
Outras	Terceiro	<p>5. “Tenho interesse na parte da anatomia, pois acho que este conhecimento é válido nas diversas áreas da TO. Gosto muito da T.A., porém o que mais me chama atenção é o trabalho com autistas”</p> <p>6. “gosto de estudar e ver como o corpo funciona, e me sentiria realizada fazendo parte do avanço de um cliente que precisou da reabilitação, até conquistar seu objetivo. Porém não é certeza, há muitas áreas da TO que me chamam bastante atenção”</p>
	Oitavo	<p>3. “Não foi a área de maior interesse durante a graduação até o momento, porém tenho sim o desejo em aprofundar os estudos. O motivo de não ser a minha área de interesse principal diz respeito a minha maior aproximação com o campo, prática e dispositivos de saúde mental. O que não exclui a possibilidade, desejo de inserção e estudo sobre esta área de atuação. Até porque me parece que esta divisão rígida entre disciplinas e áreas não é benéfica para a formação ou prática profissional”</p> <p>5. “Sou do tipo que sofre por ter que escolher. Não quero ter que escolher um campo, mas de fato para ser uma boa profissional isso será necessário. Li algo sobre essa imagem (nunca sei referenciais teóricos, ok?) que o conhecimento são portas que abrimos para um lindo jardim de cores e formas que nos possibilita abertura de novas experiências e outras portas. Podemos fazer escolhas, sem abrir mão das outras, mas precisamos ter atenção na serpente. Se a serpente da arrogância nos pica, a única porta existente é a que eu escolhi entrar porque só consigo enxergá-la. A serpente nos faz cegos para todas as outras possibilidades”</p>

A sexta e última pergunta do questionário possibilitava aos graduandos comentarem de forma ampla sobre a atuação da Terapia Ocupacional na área da reabilitação física. O Quadro

6 foi organizado expondo as respostas obtidas pelos dois grupos, sendo duas referentes ao terceiro período e seis do oitavo período.

Quadro 6 – Respostas da questão: “Se você considerar pertinente, apresente suas observações, sugestões, elogios e/ou críticas a respeito da atuação da Terapia Ocupacional na área da reabilitação física”.

Período	Respostas
Terceiro	<p>3. “Seria válido que o trabalho do TO se tornasse mais conhecido, onde e quando ele pode atuar e a importância da atuação de um TO”</p> <p>6. “Acho muito importante, pois considero que o terapeuta ocupacional tem um olhar diferenciado; há todo um estudo sobre o cliente, sua identidade, sua vida, suas ocupações e suas demandas. Já ouvi falar em “rixas” – desnecessárias – com fisioterapeutas, porém, se não fosse importante ter o terapeuta ocupacional em certos processos de reabilitação física, não existiria essa forma de atuação hoje em dia”.</p>
Oitavo	<p>1. “A TO em RF tem tudo para fazer ótimas intervenções. Muitas vezes nos deixamos levar por algumas questões e podemos perder o foco: TO. Para tanto, é necessário estudar muito! Digo, porque, nosso trabalho em geral acontece em equipes – o que é riquíssimo – mas não podemos nos deixar perder no trabalho de nossos colegas. A TO deve desempenhar seu próprio papel. Muitos de nós, estudantes, se prende na rixa TOXfisio – mas entendam: esta confusão existe porque nós não estamos nos firmando como TO’s e nos perdendo em nossas intervenções. Os objetivos da fisio e da TO são diferentes e complementares. Não apenas para a reabilitação, mas em qualquer área é preciso que o TO tenha clareza de seu papel e acredite nele”.</p> <p>2. “Para mim a atuação da terapia ocupacional na RF é maravilhosa, e ela faz toda diferença para os pacientes que dela necessitam. Com todas as suas técnicas e saberes. Fazendo da Terapia Ocupacional uma profissão essencial para o mundo da RF”.</p> <p>4. “Acredito que a Terapia Ocupacional dentro da área de Reabilitação e em algumas outras ainda precisa se expandir e se empoderar das suas funções”</p> <p>5. “Acho que para a atuação da Terapia Ocupacional de uma maneira geral. Não estarmos vulneráveis às investidas corporativas de adequação do nosso modo de sermos terapeutas ocupacionais porque eu acredito que a potência da Terapia Ocupacional é a capacidade de sugestão para repensar o velho e propor novas formas, sem perder seu charme e elegância. Aprendi na (minha) formação que o que menos importa é ser adequado. Respeito nada tem a ver com adequação e se para melhorar é preciso trabalhar a aderência institucional, que assim seja, mas não curvemo-nos”.</p> <p>6. ”Os terapeutas ocupacionais precisam se apropriar mais de seus domínios, se atualizar e realizar cursos sempre, bem como realizar mais produções científicas na área”.</p> <p>7. “Algumas atividades parecem ser muito simples, mas quando o sujeito percebe que não consegue realizar isso tem um impacto na sua vida, e poder proporcionar que esse sujeito desempenhe a tarefa de forma satisfatória é trazê-lo para a vida, participar do contexto que está inserido de forma autônoma e independente”.</p>

## 5 DISCUSSÃO

Visando compreender as perspectivas dos graduandos sobre o campo da reabilitação física, esta pesquisa envolveu a participação de alunos do terceiro e do oitavo períodos de um Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Esta escolha se deu porque, até o terceiro período, os alunos possuem os primeiros contatos com a história da Terapia Ocupacional e cursam disciplinas que abordam, de maneira geral, a prática profissional em diferentes áreas, incluindo-se a área da reabilitação. Já no oitavo período, momento de conclusão do curso, acredita-se que os alunos já tenham passado por experiências de estágio e disciplinas específicas que contextualizam a atuação com diferentes clientela, percebendo as nuances entre teoria e prática.

O Quadro 1 abordou as respostas sobre os objetivos do terapeuta ocupacional ao atuar com pessoas com deficiências ou disfunções motoras, sendo elencadas as seguintes categorias: autonomia, independência, desempenho ocupacional, funcionalidade, foco no paciente/cliente e inserção social. Segundo Pedretti e Early (2005), os objetivos terapêuticos, sempre que possível, devem ser selecionados e planejados em conjunto com o paciente; tais objetivos envolvem alterações na função, no desempenho ou comportamento, que devem refletir as necessidades e prioridades do indivíduo submetido ao tratamento.

Por meio das respostas dos sujeitos, observou-se uma ocorrência considerável de respostas enquadradas nas categorias “autonomia” e “independência”. A palavra autonomia pode ser definida como “capacidade de governar a si próprio”, sendo considerado como autônomo o indivíduo “capaz de determinar as próprias normas de conduta, sem imposições” (HOUAISS, 2009, p. 78). O termo independência, por sua vez, pode ser definido como o “estado daquele que goza de autonomia, de liberdade com relação a alguém ou alguma coisa”, enquanto que independente é considerado o indivíduo “que não depende de nada nem de ninguém” (HOUAISS, 2009, p. 411).

De modo distinto, a *American Occupational Therapy Association* (2015) afirma que os clientes podem ser independentes na vida, apesar da quantidade de ajuda que recebem enquanto realizam suas atividades; ou seja, os sujeitos podem ser considerados independentes quando exercem ações necessárias à participação, independentemente da quantidade ou do tipo de assistência recebida, desde que estejam satisfeitos com o seu desempenho. De acordo com Rocha (2006), no caso da pessoa com deficiência ou incapacidade física, muitas são as situações em que esta necessitará de equipamentos ou terceiros para realizar as atividades diárias, e por muitas vezes o fato de existir dependência nas ações é confundido com a capacidade de decisão

do paciente, comprometendo sua autonomia. Autonomia refere-se ao ato de governar a si próprio e nem sempre essas duas condições andarão juntas, pois, às vezes, um sujeito pode ter independência e não ter autonomia ou vice-versa.

Promover independência e autonomia, é um dos objetivos principais da Terapia Ocupacional como um todo. Sobre esse aspecto, a *American Occupational Therapy Association* (2015) aponta que os serviços de reabilitação dispõem de ferramentas e técnicas necessárias para alcançar os níveis de independência desejados por cada indivíduo. Por sua vez, devido à sua importância, pode-se dizer que a promoção de autonomia deve ser constante durante o processo terapêutico, permitindo que o paciente demande aquilo que, para si, é necessário. Como exemplo, pode-se citar a resposta de uma aluna: *“Promover autonomia a partir de suas demandas e necessidades”*.

O termo “desempenho ocupacional” apareceu somente em respostas de alunos do oitavo período. Elencado como um dos objetivos da Terapia Ocupacional no campo da reabilitação física, um deles afirmou: *“Busca de um desempenho ocupacional satisfatório aos desejos e possibilidades de cada pessoa. O Terapeuta Ocupacional através do estudo e análise das atividades humanas pode auxiliar os sujeitos a se engajarem a partir da aquisição de componentes necessários, que apoiem sua inserção em contextos que lhe convenham”*.

De acordo com *American Occupational Therapy Association* (2015), desempenho ocupacional é a realização da ocupação selecionada, resultante da transação dinâmica entre cliente, contexto e ambiente e a atividade; refere-se à capacidade de realizar tarefas ocupacionais de maneira satisfatória e apropriada para o estágio de desenvolvimento do indivíduo. A análise do Desempenho Ocupacional é baseada nas atividades da vida diária, atividades produtivas e atividades de lazer, incorporando os Componentes de Desempenho sensorio-motores, cognitivos, psicológicos e psicossociais, e os Contextos de Desempenho Temporal e Ambiental. O Desempenho Ocupacional irá depender da percepção do indivíduo de sua forma ocupacional e do senso de seu propósito para este desempenho. Sendo assim, engloba uma grande variedade dos cuidados à reabilitação de longo prazo, os quais envolvem estabelecimento de metas, objetivos e estratégias de intervenção para alcançar o máximo de desempenho em papéis ocupacionais valorizados pelo sujeito (PEDRETTI; EARLY, 2005).

Outra categoria criada a partir das respostas dos sujeitos para a primeira questão foi “funcionalidade”. Este termo é empregado pela CIF representando uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar sobre a deficiência e a incapacidade. De acordo com Farias e Buchalla (2005), esse termo envolve os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e

participação social, sendo usado no aspecto positivo, visto que o aspecto negativo corresponde à incapacidade. A incapacidade resulta de uma relação entre a disfunção (orgânica e/ou da estrutura do corpo) apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades, a restrição na participação social e os fatores ambientais, que podem ser facilitadores ou dificultadores para o desempenho das atividades e da participação; sendo assim, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, assim como o mesmo nível de funcionalidade pode decorrer de diferentes condições de saúde.

Na categoria “foco no paciente/cliente”, os alunos que abordaram esse aspecto demonstram, através de suas respostas, que o próprio cliente é o caminho para compor os objetivos da intervenção, quando enfatizam as individualidades do cotidiano, demandas e necessidades específicas, satisfação durante o processo terapêutico, etc. De modo semelhante, Pedretti e Early (2005) afirmam que o plano de intervenção terapêutica deve ser embasado nas prioridades do cliente.

Sobre inserção social, Rocha (2006) aponta que os conceitos referentes à inclusão e à integração social ainda são muito debatidos, principalmente em relação às dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência, e que a sociedade ainda resiste em modificar suas atitudes e conviver efetivamente nos diversos contextos sociais, como trabalho, educação, lazer e família, necessitando se transformar para se adaptar e poder incluir em seus grupos sociais gerais essas pessoas. Porém, a autora afirma que, para esta condição se reverter, seria prioritário que atitudes e posturas preconceituosas fossem superadas, a princípio, por meio de ações de sensibilização, capacitação e conscientização dos profissionais de diversos setores da saúde, do social, da educação e da política.

Em relação ao Quadro 2, destacaram-se seis categorias relacionadas aos procedimentos e práticas utilizadas pelo terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física: atividades, métodos específicos, tecnologia assistiva, avaliações e orientações.

Concernente com a literatura, as atividades figuram como a primeira categoria identificada para esta questão. Conforme a *American Occupational Therapy Association* (2015) afirma, a Terapia Ocupacional utiliza as atividades (ocupações) de modo terapêutico. Segundo Caniglia (2005), a atividade pode ser um meio e pode ser o fim da intervenção terapêutica ocupacional: constitui-se como meio quando utilizada como instrumento, ferramenta ou recurso, e é caracterizada como fim quando considerada como produto e objeto da intervenção. Desta forma, pode-se afirmar que a finalidade da Terapia Ocupacional é promover a atividade humana.

Ao longo da história da profissão, as influências científicas, ideológicas e filosóficas, transformaram e induziram o uso da atividade de diferentes formas. De acordo com Francisco (2001), a corrente reducionista resultou na substituição do treinamento de hábitos pela aplicação de exercícios; nesse contexto o uso da atividade seria voltado para a restauração das ações perdidas ou prejudicadas, utilizando-se de atividades estruturadas que deveriam ser desempenhadas de acordo com instruções de execução. Ainda sob influência positivista, no modelo de atividade como produção, o homem era compreendido como máquina, de modo que o que importava era a atividade ser realizada com perfeição no menor tempo possível, repetidas vezes.

A partir de influências da psicodinâmica na Terapia Ocupacional, Francisco (2001) discorre que a atividade passou a ser entendida como expressão, e o fazer humano passou a ser carregado de conteúdo simbólico. O uso da atividade como criação e transformação surgiu, então, da concepção marxista sobre o homem e a natureza: o homem que cria e transforma a natureza e a si, através do seu trabalho, sua produção como ser social e histórico. A autora descreve que a Terapia Ocupacional passou, então, a compreender a atividade humana como práxis, como aquilo que de fato tem sentido na vida e na história do sujeito que a executa. A concepção marxista da atividade humana induziu a Terapia Ocupacional à compreensão do homem como ser essencialmente social, agente ativo, podendo assim promover a transformação de si e do meio social no qual está inserido.

Em algumas das respostas dos sujeitos desta pesquisa, foi possível observar as influências positivistas sobre o uso da atividade, como nos seguintes exemplos: [...] *a atividade também é usada como recurso para fortalecer músculos e favorecer o movimento* [...], [...] *Exercícios para ganho de força muscular e amplitude de movimento* [...]. Também pode-se supor a presença de tal influência nas respostas que mencionam o “*treino das Atividades de Vida Diária*”.

Embora as Atividades da Vida Diária (AVDs) sejam um tema importante em diferentes contextos de prática e sob diferentes abordagens teóricas, o termo “treino”, evidenciado nas respostas desta pesquisa, parece trazer em si uma conotação de repetição, treinamento ou exercício. Porém, conforme colocado por Cazeiro et al. (2011), pode-se reconhecer que as AVDs apresentam uma função social, as quais são indispensáveis para que o sujeito seja reconhecido como um membro de determinada comunidade. Por outro lado, as AVDs também configuram a identidade de cada sujeito, constituindo-se em formas de expressão e diferenciação pessoal. O terapeuta ocupacional auxilia o indivíduo a organizar e vivenciar suas

atividades de vida diária de acordo com a sua personalidade, habilidades, valores culturais e estilo de vida.

Ainda de acordo com Cazeiro et al. (2011), compreende-se que, para a recuperação ou desenvolvimento das capacidades para a realização de Atividades da Vida Diária, somente os componentes motores não são suficientes para um trabalho eficiente. Desta forma, as AVDs irão incluir, além dos componentes físicos/motores, outros aspectos, como os sensoriais, ambientais, psicossociais, emocionais e cognitivos, sendo que esta abordagem forma a base da formação do profissional terapeuta ocupacional e foi desenvolvida ao longo da história desta profissão.

Por sua vez, a segunda categoria relacionada aos procedimentos terapêuticos ocupacionais abordou métodos específicos de tratamento; estes foram citados somente pelo oitavo período, provavelmente por serem mencionados em disciplinas avançadas da grade curricular. Os métodos específicos, em sua grande maioria são de caráter interdisciplinar, demandam formação específica e podem compor o plano de intervenção das práticas de reabilitação dos terapeutas ocupacionais de acordo com suas especializações.

A terceira categoria elencada apontou o uso da Tecnologia Assistiva (TA), a qual se refere a uma variedade de recursos e serviços aplicados para melhorar os problemas encontrados por pessoas com deficiências, tendo o caráter interdisciplinar. Conforme Pelosi (2011) afirma, a TA engloba a Comunicação Alternativa e Ampliada, adaptações de acesso ao computador, equipamentos de auxílio para visão e audição, adaptação de jogos e brincadeiras, mobilidade alternativa, próteses e órteses, considerando a integração dessa tecnologia nos diferentes ambientes como a casa, a escola, a comunidade e o local de trabalho.

O Terapeuta Ocupacional utiliza a TA para estimular a função e reduzir a interferência da deficiência na realização de atividades funcionais de maneira independente (PELOSI, 2005). De acordo com a resolução nº 316 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, “Artigo. 2º – Compete ao Terapeuta Ocupacional o uso da Tecnologia Assistiva nas Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)”. Este tema parece estar presente desde o início da formação, visto que, mesmo sendo a disciplina sobre o assunto ministrada apenas no quarto período da graduação, os alunos do terceiro período já apontaram a TA em suas respostas.

Ainda em relação aos procedimentos e técnicas da Terapia Ocupacional, um aluno do terceiro período respondeu: *“Estudar tudo que interfere na ocupação do cliente (seja no*



*trabalho, escola, funções de casa, entre outros*)”; sua resposta foi incluída na categoria “avaliação”, pois os processos de avaliação desenvolvidos pela Terapia Ocupacional, incluem:

[...] fatores que afetem as atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária, atividades educacionais, de trabalho, lúdicas, de lazer e participação social, incluindo: fatores do cliente, tais como as estruturas e funções corporais (neuromuscular, sensorial, visual, perceptual, cognitiva); hábitos, rotinas, papéis e padrões de comportamento; contextos cultural, físico, ambiental, social e espiritual e demandas de atividades que afetem o desempenho de atividades; entre outros [...] (CAZEIRO; BASTOS; SANTOS; ALMEIDA; CHAGAS, 2011, p.8).

Considerando esses aspectos, destacam-se diferentes pontos relacionados à avaliação pelos alunos do oitavo período: um aluno abordou o uso de testes específicos (referente à força muscular, amplitude de movimento, sensibilidade, funcionalidade); outro aluno apontou que as avaliações podem variar considerando os contextos em que cada indivíduo está inserido; outro descreveu que a avaliação contempla a história do sujeito e suas expectativas em relação ao tratamento, também abarcando avaliações específicas referentes à incapacidade e habilidades do paciente.

De acordo com Pedretti e Early (2005), no âmbito da reabilitação física, as avaliações são realizadas utilizando triagens formais e informais e outros métodos, englobando histórico médico, entrevista, observações, testes padronizados e não padronizados. Tratando-se da prática centrada no cliente, o paciente e a família participarão ao máximo da tomada de decisões ao longo do processo. Os dados encontrados e fornecidos são usados para identificar problemas e pontos fortes relevantes para o desempenho ocupacional do paciente, a fim de planejar metas e estratégias apropriadas de intervenção.

A última categoria do Quadro 2 referiu-se às orientações. Somente um aluno elencou este aspecto em suas respostas, destacando: “*Orientações ao paciente e ao familiar quanto à doença, cuidados necessários e benefícios que o paciente tem direito*”. As orientações podem compor o plano de intervenção terapêutico ocupacional em vários sentidos, buscando-se responder às dúvidas do próprio paciente ou acompanhantes/familiares sobre o tratamento, além disso, considera-se que o envolvimento familiar é imprescindível no processo de tratamento da Terapia Ocupacional, visto que grande parte das atividades desenvolvidas dentro de um setting terapêutico devem ter continuidade, ou serem reproduzidas, dentro da própria casa do paciente, o que pode gerar interferências na dinâmica familiar - fato que reforça a importância das orientações no contexto do tratamento.

O Quadro 3 expôs locais ou contextos em que o terapeuta ocupacional pode atuar com pessoas com deficiências ou disfunções motoras: hospitais, clínicas, domicílio, escolas, centros

de reabilitação, consultório, ambulatório, casas de repouso, comunidade, NASF, atendimentos de saúde do trabalhador, trabalho multidisciplinar. Conforme esperado, houve maior abrangência nas respostas do oitavo período, cujos alunos já vivenciaram outras experiências. Sobre esse assunto, considera-se importante salientar as diversas concepções de reabilitação postas em prática de formas diferentes de acordo com o contexto em que se insere. Rocha (2006) aponta que, geralmente, as experiências de reabilitação desenvolvidas por instituições filantrópicas ou particulares são de cunho nitidamente tradicional, direcionando suas intervenções especializadas para um corpo individual e orgânico, buscando como produto final a redução ou fim da deficiência ou da incapacidade, e recentemente têm incorporado alguma preocupação com as desvantagens sociais. Enquanto isso, as experiências de reabilitação desenvolvidas no âmbito da saúde pública, apesar de incipientes na realidade brasileira, abordam técnicas de prevenção de deficiências associadas a propostas de vigilância ao meio ambiente, resultando em diminuição das deficiências, alteração das desvantagens sociais e da exclusão da pessoa com deficiência.

O Quadro 4, por sua vez, expôs as categorias formadas a partir das respostas sobre conteúdos, disciplinas ou experiências desenvolvidas ao longo da graduação que contribuíram para a compreensão da prática do terapeuta ocupacional no campo da reabilitação física. Considerando o percurso da formação e a quantidade de experiências que embasam teoria e prática, destacam-se as disciplinas citadas pelos dois grupos, as quais são ministradas até o terceiro período: Análise do Movimento Humano nas Atividades Cotidianas, Análise da Atividade, Laboratório A e Laboratório B. As disciplinas citadas somente pelo grupo do oitavo período são: Tecnologia Assistiva, Terapia Ocupacional nas Disfunções Neurológicas, Terapia Ocupacional nas Disfunções Traumatológicas e Reumatológicas, Avaliação em Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional na Saúde da Criança, Terapia Ocupacional em Gerontologia, Terapia Ocupacional no Contexto Hospitalar, Ergonomia, Saúde do trabalhador e Terapia Ocupacional, Recursos Terapêuticos, Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Dança e Saúde, e Corpo e Arte em Terapia Ocupacional.

Observa-se que as disciplinas ofertadas nos três primeiros semestres da graduação também foram citadas por alunos do oitavo período, sugerindo a sua importância para o tema em questão, visto que estão sendo consideradas até o final da graduação como contribuintes para o processo aprendizagem da prática do terapeuta ocupacional no campo da reabilitação. Ainda em relação aos alunos do oitavo período, estes também mencionam experiências em

campos de estágios, sendo que um deles afirma: *“a experiência no estágio faz com que o emaranhado teórico faça sentido”*.

Em relação ao Quadro 5, foram criadas duas categorias - “sim” e “outras”, referentes ao interesse em atuar ou aprofundar os conhecimentos na área da reabilitação física após a graduação. A maioria dos alunos demonstrou positivamente interesse em atuar na área, sendo que alguns deles vincularam tal interesse com a afinidade, o prazer ou a compreensão da importância do trabalho da Terapia Ocupacional na área, como nos seguintes exemplos: *“Esta é uma área de grande interesse e na qual pretendo me especializar”* e *“É o campo que me identifique e percebo potência do terapeuta Ocupacional no processo de reabilitação do indivíduo”*.

A Terapia Ocupacional no campo da reabilitação física sofreu, e parece ainda sofrer, as influências positivistas em sua prática. Considerando que alguns dos sujeitos desta pesquisa somente citaram itens referentes às práticas terapêuticas ocupacionais, sem aprofundar seu raciocínio a respeito de seu uso, torna-se impossível tecer afirmações sobre o tipo de abordagem idealizada por cada um deles; porém, ao se relacionar tais citações às discussões da literatura, pode-se supor a presença de influências positivistas nas respostas de alguns sujeitos, assim como também é possível verificar exemplos de práticas pautadas sobre um corpo relacional, como aqueles que mencionam a atuação na comunidade, ou aquelas respostas que consideram as necessidades e possibilidades específicas de cada sujeito.

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, ser profissional de Terapia Ocupacional é:

[...] compreender a Atividade Humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de auto-manutenção e o Homem como um ser prático, interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida [...] (Disponível em: <[http://coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=3382](http://coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382)>. Acesso em: 01/06/2017).

Assim, pode-se afirmar que ser terapeuta ocupacional antecede as possíveis especializações e campos de atuação, sendo comum a todos o lidar com o fazer humano. Por isso, as questões físicas não vêm antes ou depois do sujeito, eles vêm junto – configurando o homem real. A este respeito, destaca-se a compreensão do campo de um dos alunos, a partir de sua experiência prática, exaltando a subjetividade do tratamento:

*“Esta é uma área de grande interesse e na qual pretendo me especializar. A reabilitação física transparece rasa, porém, mesmo em um campo que lida com dor e incapacidades, ela se mostra cheia de possibilidades. Com os pacientes que passaram em meu percurso acadêmico aprendi a ver*

*potencialidade onde, minimamente, existiam dificuldades e fraquezas. Aprendi a vibrar a cada pequena conquista e me emocionava quando no fim tudo terminava bem. A reabilitação física pode não parecer sensível, mas ela é, e muito. Todas as minhas experiências me proporcionaram a construção de meu olhar de TO e me mostraram que em uma área tão cheia de protocolos – estamos lotados de subjetividade”.*

A última pergunta do questionário solicitava que, caso considerassem pertinente, os sujeitos descrevessem observações, sugestões, elogios e/ou críticas a respeito da atuação da Terapia Ocupacional na área da reabilitação física. Foi possível verificar nas respostas alguns aspectos relacionados com a identidade e o reconhecimento da profissão de uma forma geral, conforme uma aluna colocou em sua fala: “A TO deve desempenhar seu próprio papel [...] é preciso que o TO tenha clareza de seu papel e acredite nele”. Um outro aluno afirmou: “Os terapeutas ocupacionais precisam se apropriar mais de seus domínios, se atualizar e realizar cursos sempre, bem como realizar mais produções científicas na área”. Tendo em vista que, com o cientificismo, ficou evidente a busca dos terapeutas ocupacionais por formas de comprovar suas práticas e demonstrar a importância de sua profissão, pode-se identificar também nestes trechos uma influência do positivismo. Por outro lado, não se pode negar a importância das produções científicas e das atualizações profissionais, as quais devem acontecer como em todas as outras profissões, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento da Terapia Ocupacional.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa pode-se considerar que, diferentemente do proposto na hipótese apresentada previamente, os graduandos de Terapia Ocupacional reconhecem possibilidades de atuação sobre outros aspectos e contextos da vida dos sujeitos sob seus cuidados, para além das intervenções voltadas ao corpo físico; porém, nota-se um grande volume de respostas pautadas em práticas positivistas, o que pode decorrer do fato de que a maioria das experiências disponibilizadas para este campo estão baseadas em um modelo tradicional de reabilitação.

Ressalta-se, contudo, que esta pesquisa não pode ser generalizada aos graduandos de Terapia Ocupacional da UFRJ, pois seus resultados limitam-se a um grupo muito pequeno de alunos; ademais, grande parte dos sujeitos participantes possuem interesse na reabilitação física, o que sugere maior compreensão das possibilidades de práticas. Acredita-se que, caso os alunos que não se interessam pelo campo da reabilitação tivessem respondido ao questionário, seriam obtidos resultados distintos dos encontrados neste estudo, pois a falta de interesse pode estar relacionada ao pouco conhecimento das formas de prática da Terapia Ocupacional neste campo.

Assim, acredita-se na necessidade de continuidade desta pesquisa, visando abranger um maior número de sujeitos. Sugerem-se também outras investigações sobre o tema, envolvendo as práticas da Terapia Ocupacional atual em diferentes serviços e abarcando, por exemplo, como é feito o acompanhamento das pessoas com deficiência após alta de um serviço de reabilitação, visto que as demandas dentro dos contextos domiciliares, comunitários e de trabalho podem ser diferentes das demandas abordadas durante o tratamento de questões motoras. Ademais, para o aprofundamento deste tema, faz-se necessária a problematização da prática terapêutica, abordando aspectos históricos e atuais da Terapia Ocupacional, a fim de propor contribuições quanto ao modelo assistencial e à organização dos serviços de reabilitação. Por fim, são sugeridas discussões sobre as concepções reabilitacionais e a Terapia Ocupacional, junto às instituições e aos profissionais atuantes, refletindo a respeito de modelos de prática sob uma organização assistencial regionalizada, que considerem fatores de natureza psicológica, social e política.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Brasil, 2015.

BENETON, Jô; BARIDOTI, Eliza; BARRO, Denise; PEREIRA, Marcela; SANT'ANNA, Maria. Definições de Terapia Ocupacional. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. enferm.. vol. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CANÍGLIA, Maria. Introdução ao estudo da atividade humana – conceitos básicos. In: Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar. Belo Horizonte: Arte e Prosa, 2005. p.86-101

CASTRO, Eliane Dias. Relação Terapeuta-Paciente. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 28-34.

CAZEIRO, Ana Paula Martins; BASTOS, Simone Maria; SANTOS, Elcio Alteris; ALMEIDA, Marcus Vinícius Machado; CHAGAS, José Naum de Mesquita. A Terapia Ocupacional e as Atividades Da Vida Diária, Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva. 1ª ed. Fortaleza: ABRATO, 2011. 119 p.

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (Brasil). Resolução nº 316, 19 de julho de 2006. Dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 158, 03 ago. 2006, Seção 1, p. 79. Disponível <<http://coffito.gov.br/nsite/?p=3074>> em: Acesso em: 01/09/2017.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev. bras. epidemiol. São Paulo, 2005.

FRANCISCO, Berenice Rosa. Terapia Ocupacional: Uma questão de conhecimento. In: FRANCISCO, Berenice Rosa. Terapia Ocupacional. 2ª ed. Campinas - SP: Papyrus, 2001. p. 15-22.

FRANCISCO, Berenice Rosa. Atividade Humana x Recurso Terapêutico. In: FRANCISCO, Berenice Rosa. Terapia Ocupacional. 2ª ed. Campinas - SP: Papyrus, 2001. p. 25-44.

FRANCISCO, Berenice Rosa. Concepção “ingênua” e Concepção crítica da Terapia Ocupacional: Modelos do processo. In: FRANCISCO, Berenice Rosa. Terapia Ocupacional. 2ª ed. Campinas - SP: Papyrus, 2001. p.51-62.

FRANCISCO, Berenice Rosa. Apêndice – Algumas reflexões acerca das atividades de vida diária. In: FRANCISCO, Berenice Rosa. Terapia Ocupacional. 2ª ed. Campinas - SP: Papyrus, 2001. p. 73-79.

GOLLEGÃ, Ana Cristina Camillo; LUZO, Maria Cândida de Miranda; DE CARLO, Marysia M. R. do Prado. Terapia Ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: DE CARLO, Marysia M. R. do Prado; BARTALOTTI, Celina Camago. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 137-153.

HOUAISS, Antônio. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. 2a ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.

ROCHA, Eucenir Fredini. Reabilitação de pessoas com deficiência. São Paulo: Roca, 2006.

PELOSI, Miryam Bonadiu. O Papel da Terapia Ocupacional na Tecnologia Assistiva. Trabalho apresentado no Congresso de Terapia Ocupacional, 25 anos da UFCar – Mesa Redonda: Novas

fronteiras de atuação/ comunicações científicas. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, vol. 13, nº 1, 2005.

PELOSI, Miryam Bonadiu. Tecnologia Assistiva. 2011. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/tecnologiaassistiva.com.br/tecnologia-assistiva>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

PEDRETTI, Lorraine Williams; EARLY, Mary Beth. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2005.