

necessárias e as repetições que a atividade solicita. O mesmo acontece nas análises perceptomotora, sensorial e psicossocial⁹.

Percebe-se, nessas propostas de análise, que esse procedimento é realizado com o intuito de validar a utilização de atividades no tratamento. Como tal validação é construída dentro de um modelo médico, sua base situa-se nas categorias diagnósticas e o objetivo do tratamento está na restauração e/ou manutenção da função. Segundo Souza, essas análises buscavam classificações claras e procedimentos exatos e “tendiam a ser mecânicas, estáticas e difíceis de aplicar. Elas excluía o indivíduo que as executava – o paciente parecia uma abstração ou uma generalização diagnóstica. Todas as possibilidades pareciam inerentes apenas à natureza das atividades e não incluíam as interações que ocorriam”¹⁰.

Fundamentalmente, essas análises envolvem a diferenciação dos componentes da atividade para identificar aspectos físicos, cognitivos e afetivos, com a intenção de determinar as habilidades requeridas para o sujeito no desempenho da atividade e as propriedades terapêuticas inerentes a ela. Geralmente, são feitas considerando a realização típica e normal da atividade na ausência do sujeito.

Estamos diante de questões que têm ressonância com aquelas levantadas por Benetton em relação a Fidler e Fidler: haveria uma natureza da atividade? Como considerar, nesse quadro, o paciente em sua ação?

Nessas propostas, o paciente é considerado em um momento posterior ao da análise. O terapeuta ocupacional utiliza o resultado dessa análise, em consonância com o conhecimento das potencialidades e dificuldades do sujeito, para determinar se ele é capaz de desempenhar a atividade, se e como ela precisa ser modificada para ele ou se tem potência terapêutica para atender às suas necessidades.

Nos últimos anos, a utilidade desse tipo de análise foi colocada em discussão e questionamento. Davis e Burton discutem que o “fracasso da importância em desenvolver habilidades relativizou a exigência sobre as tarefas”¹¹ e esse é o maior problema em relação à tradicional análise de atividades. Christiansen nos adverte de que, em muitos casos, não existem evidências suficientes na literatura para referendar as inferências em relação às propriedades terapêuticas inerentes à atividade¹¹.

Assim, criando uma série de inquietações nas práticas e na própria construção da profissão, todo esse processo de cientificar a Terapia Ocupacional provocou, também, um exame das raízes e bases da Terapia Ocupacional e uma indagação sobre o que é chamado de Terapia Ocupacional, colocando vários profissionais em busca de uma crítica ao modelo médico-biológico. Com o respaldo das ciências humanas e sociais, novas e elaboradas formulações sobre a profissão vieram redefinir objetivos e metas dos tratamentos, recolocando a Terapia Ocupacional em relação com uma nova lógica.

Mary Reilly⁵ define essa nova lógica como sendo a do sujeito atendido e examina, nesse sentido, o ser humano e sua necessidade vital em ocupar-se. Relaciona esse aspecto à própria fisiologia do SNC humano, que demanda ricas e variadas estimulações para capacitar o homem a adaptar-se e a solucionar problemas inerentes à vida no ambiente em que se desenvolve. Para ela, a primeira finalidade do organismo é se manter vivo e, depois, crescer e ser produtivo. Nesse sentido, o sujeito apresenta a necessidade de usar todo o equipamento humano para lidar com o ambiente no qual vive.

Para a autora, um importante aspecto necessário à formação do profissional estaria centrado no conhecimento da natureza do trabalho, que apresenta um processo evolutivo e uma história de desenvolvimento de habilidades, as quais criaram, ao longo de séculos, diferentes condições de vida e de seguridade social, expressas na cultura contemporânea. A compreensão filogenética e ontogenética do trabalho auxiliaria a prática do terapeuta ocupacional no que se refere à compreensão das necessidades ocupacionais de cada sujeito atendido no tratamento. A finalidade desse conhecimento é a compreensão do dinamismo da produtividade e da criatividade e do envolvimento humano nessas qualidades de ações. O processo terapêutico-ocupacional torna-se completamente comprometido com aspectos biográficos, de socialização, de gratificação e com a habilidade do sujeito em lidar com o ambiente. O objetivo desse processo é encorajar a atividade e desenvolver papéis na vida⁵.

Esse modelo de Terapia Ocupacional está focado na necessidade humana de ocupação produtiva e criativa, nas indagações sobre o que o homem desenvolve com suas mãos e como pode, por meio das ocupações e das atividades, influenciar a própria saúde. Para Reilly, a autêntica Terapia Ocupacional deveria direcionar-se para a auto-atualização pela escolha do paciente, para a auto-iniciativa na proposição de atividades, para uma orientação da realidade e para uma percepção de si mesmo e do ambiente¹².

Assim, as críticas e proposições de novas idéias, iniciadas nos EUA por Mary Reilly e outros autores, vão desencadear o surgimento de um novo paradigma para a profissão, que coexistirá com o modelo médico-biológico até a época atual.

Nas décadas de 1970 e 1980, numa nova base teórica para se pensar a profissão, surgiu uma redefinição da Terapia Ocupacional, evidenciada nas literaturas americana e canadense. Ela passou a ser descrita como “uma profissão preocupada em capacitar a ocupação”. Um aspecto crucial, nessa perspectiva, é compreender o desempenho ocupacional dos sujeitos atendidos nesse campo. As novas indagações giram em torno de: “Como ajudar alguém a desenvolver alguma ocupação? Existe uma forma correta? Existe um caminho melhor? A experiência e o senso comum sugerem que existe mais de um caminho para solucionar uma questão”¹¹.

Nesse sentido, vários autores se destacaram por desenvolver diferentes perspectivas e reflexões sobre a análise da atividade.

Polatajko, Mandich e Martini, Reed e Sanderson demonstraram que as pessoas raramente realizam atividades seguindo, passo a passo, um modelo. Apontaram, também, que pesquisadores da área de desempenho motor notaram que diferentes músculos sinergistas podem combinar-se para conseguir o mesmo movimento. Para as autoras, ainda hoje, como terapeutas ocupacionais, os profissionais são ensinados a desenvolver atividades ou analisar tarefas baseando-se em como a atividade ou a tarefa é feita tipicamente, freqüentemente na ausência dos sujeitos¹¹.

Ao revisitar o Modelo de Ocupação Humana proposto por Kielhofner, é possível ver que o autor constrói um esquema estrutural de referência para a Terapia Ocupacional, baseado na teoria dos sistemas abertos, na qual são integrados conceitos relevantes ao entendimento e à organização da ocupação humana. Em seu modelo, ele propõe três subsistemas, que abrangem áreas diferentes da vida humana: a da vontade, a do hábito e a do desempenho. Relacionando esses subsistemas à questão da ocupação humana, Kielhofner identifica na vontade o nível mais elaborado, que guia as escolhas de ações a partir de motivos pessoais, objetivos e interesses; ao hábito, relaciona os papéis internalizados que mantêm a ação, e, ao desempenho, a capacidade de produzir ações que ocorre a partir de atividades físicas, sociais e cognitivas^{13,14}.

A partir daí, o autor vai apresentando uma leitura do comportamento ocupacional, diferenciando-o em estágios evolutivos, nos quais identifica mudanças que irão reorganizá-lo em relação ao ambiente no qual a pessoa vive, considerando a demanda social do "ser humano ocupacional", contida em três áreas, caracterizadas como produtividade, atividades da vida diária e tempo livre¹⁵. Para ele, a Terapia Ocupacional é conceituada como um ambiente no qual o sistema humano age para restaurar, manter ou realizar um ciclo organizador em suas ocupações; ele é de grande utilidade no aprendizado para lidar com incapacidades ou disfunções e também pode auxiliar os sujeitos na passagem de um estágio evolutivo a outro. O papel da Terapia Ocupacional seria auxiliar a pessoa a adquirir novos interesses, objetivos e hábitos e, com isso, reorganizar seu sistema e restaurar o curso normal de suas ocupações.

Ferrari, ao refletir sobre o modelo proposto por Kielhofner, aponta que sua origem e seu desenvolvimento baseiam-se na teoria do comportamento ocupacional de Margaret Reilly, que busca considerar o homem como uma totalidade e tem como pressuposto a idéia de que "O homem, com o uso de suas mãos, é energizado por sua mente e vontade e pode influenciar o estado de sua própria vida". Assim, os autores demonstram uma preocupação em proporcionar à

Terapia Ocupacional "uma base conceitual universal para modelar sua identidade e orientar sua prática"¹⁶.

A autora vai além em sua análise, compartilhando a posição de Medeiros¹⁷ de que a proposição de Kielhofner apresenta uma visão mecanicista do homem, sem considerar a produção social e histórica sobre sua natureza ativa, e destaca a necessidade de se considerar que, nos diferentes modos de organização social, operam modos específicos de produção material da vida, de concepções, normas e valores.

Esse material de referência traz à luz questões sobre a utilização e a aplicabilidade de modelos teóricos desenvolvidos em determinadas condições sociais, econômicas e culturais, que não podem ser transpostos imediatamente a outras realidades sem que haja um preparo para isso. É necessário produzir estudos de confiabilidade e validação dos instrumentos desenvolvidos a partir de determinados modelos teóricos e estudá-los no contexto no qual serão empregados. Benetton e Lancman apontam ser esse um grande problema da Terapia Ocupacional brasileira, cuja literatura não apresenta "estudos de instrumentos específicos da área, quer seja na validação de instrumentos estrangeiros ou na construção de instrumentos nacionais"¹⁵. Essas autoras identificam no Modelo de Ocupação Humana de Kielhofner dificuldades de aplicabilidade à Terapia Ocupacional brasileira, cuja prática apresenta uma multiplicidade de formas que podem ser empobrecidas se for dada "ênfase ao 'desempenho ocupacional' como explicação e gênese para a elaboração de estratégias de intervenção"¹⁵.

Na perspectiva do Modelo de Ocupação Humana, é possível encontrar, em relação à análise de atividades, de um lado, uma tendência a estudar minuciosamente as qualidades das atividades, tais como os componentes funcionais, cognitivos, sociais, etc., e, de outro, uma tendência a explorar padrões e contextos de comportamentos no decorrer da realização das atividades¹⁸.

Numa tentativa de considerar a influência da pessoa e do ambiente na realização de atividades, Cubie^{13,14} desenvolveu um método de análise ocupacional baseada no Modelo de Ocupação Humana. Para ela, essa análise deve conter um estudo descritivo sobre como as ocupações correspondem ao sistema humano aberto em termos de ambiente para *performances*, associado à pesquisa das ocupações como um potente agente terapêutico – ativador de valores, motivos pessoais, interesses, papéis, hábitos e habilidades –, no sentido de engajar um cliente/paciente na exploração, na competência e no alcance de níveis de comportamento, o que estabelece uma relação prática entre ocupações e objetivos terapêuticos. Além desses fatores, busca-se determinar o tipo de circulação (*output*) que a atividade promove e como ela é utilizada no trabalho, no lazer e/ou nas atividades de vida diária. Esse método de análise, segundo Cubie, cria um

entendimento de como determinada ocupação pode motivar os indivíduos, organizar habilidades e hábitos e estabelecer um equilíbrio entre trabalho, lazer e atividades de vida diária. A partir daí, é possível identificar quais atividades vão constituir o programa terapêutico. Seu objetivo essencial é a construção de uma base de conhecimentos acerca das qualidades das ocupações, que será complementada com uma "análise clínica das ocupações", cujo objetivo é identificar as necessidades do sujeito e a forma como uma ocupação pode engajá-lo numa exploração, competência e realização – parte do planejamento do tratamento de qualquer indivíduo.

O método de análise exposto pretende um conhecimento e uma pesquisa sobre a natureza das ocupações e um conseqüente refinamento do processo de análise. O que está em jogo aqui é a intenção de desenvolver uma "ciência da ocupação", o que tanto Kielhofner quanto Cubie entendem ser uma longa jornada para a Terapia Ocupacional.

Mais recentemente (década de 1990), vários autores passaram a se preocupar com o desempenho ocupacional dos sujeitos, o que fez com que as análises fossem direcionadas não para os componentes da atividade, mas para a observação da *performance* dos sujeitos na realização de atividades de que eles necessitem, queiram ou sejam solicitados a fazer. Fischer preocupa-se em analisar o desempenho do sujeito para entender a sua *performance* ocupacional¹¹.

Polatajko, Mandich e Martini¹² propõem que novos procedimentos em análise de atividades estejam focados no real desempenho ocupacional das pessoas atendidas e que esse desempenho seja entendido como produto da interação da pessoa, do ambiente e da ocupação. Assim, esses novos procedimentos apresentam um caráter dinâmico, interativo e altamente individualizado, colocando a pessoa atendida e sua ocupação em interação com o ambiente, no centro do processo de análise. O objetivo é identificar onde o desempenho é rompido e buscar soluções. Nesse sentido, as autoras apontam que a filosofia da capacitação ocupacional e a Terapia Ocupacional centrada no cliente levaram ao consenso de que, atualmente, o foco no desempenho ocupacional define a profissão, e é imperativo que se possa contar com uma tecnologia formal para guiar tais observações.

Fischer sugere que uma aproximação usada para a análise do desempenho obviamente necessita de inferências¹³. Ela propõe a adoção de uma aproximação para análise baseada na observação direta do real desempenho, que não está focada em identificar habilidades e *deficits*, marcando, dessa forma, a diferença entre uma análise de atividade e uma análise de desempenho, a qual requer que o terapeuta observe a qualidade da interação entre o sujeito e o ambiente no desempenho de suas ocupações.

Pesquisas e proposições de protocolos de avaliação do desempenho ocupacional foram procedidas, com base na observação do desempenho de sujeitos na realização de metas ocupacionais, que resultaram na criação de instrumentos de avaliação. Experiências posteriores apontaram em direção a uma teoria de desempenho ocupacional. Essa teoria aborda a ocupação humana por uma perspectiva ecológica (Human Occupation from an Ecological Perspective – HOEP) que sustenta que o desempenho ocupacional precisa ser examinado holisticamente "como um fenômeno completo", resultado de uma interação dinâmica entre o sujeito, a ocupação e o ambiente; cada combinação desses três fatores produz uma qualidade de desempenho*.

Nessa perspectiva, é necessário um equilíbrio entre a habilidade do sujeito e os recursos e demandas da ocupação e do ambiente, não só para todo o desempenho ocupacional, como para cada nível hierárquico das tarefas que compõem esse desempenho.

A ênfase dada à Terapia Ocupacional atual nos países desenvolvidos (EUA, Canadá e Austrália) pressupõe a capacitação para a ocupação, o que fez com que expoentes do campo identificassem a necessidade de procedimentos de avaliação que focassem o desempenho ocupacional.

Para a World Federation of Occupational Therapy (WFOT), o terapeuta ocupacional envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento e o máximo uso de suas funções, com o propósito de ajudá-lo a enfrentar as demandas de seu ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico, bem como a participação da vida em seu sentido pleno³².

* Wilcock trabalha com teorias que possibilitam a ampliação do conceito de *saúde*, no qual inclui o sujeito, a comunidade e o equilíbrio ecológico, para o que encontra respaldo no Holismo, baseado na proposição de Smuts e na Teoria Geral dos Sistemas, descrita por Von Bertalanffy. Essas teorias apresentam um conceito de *saúde* baseado numa visão de totalidade, uma perspectiva na qual, segundo a autora, a promoção da *saúde* deve apoiar o desenvolvimento pessoal e social, fornecendo informações, educação para a *saúde* e valorizando habilidades para capacitar pessoas a preservarem a si próprios, seus familiares e amigos saudáveis; os serviços de *saúde* devem ser orientados em direção à promoção da *saúde*. Ele argumenta que, também nessa perspectiva, é preciso cuidado para não cristalizar o conceito de *saúde* numa abordagem limitada. Para ela, uma perspectiva ocupacional da *saúde* deriva da abordagem holística, acrescida das direções contemporâneas de promoção à *saúde* reunidas e organizadas pela OMS, que propõe que as ações em *saúde* sejam orientadas em cinco principais direções: a construção de uma política pública de *saúde*; a criação de ambientes sustentáveis; o fortalecimento de ações comunitárias; o desenvolvimento de habilidades pessoais; a reorientação dos serviços de *saúde* para além da atenção clínica e medicamentosa, com desenvolvimento de atividades promotoras da *saúde*. Nessa óptica, existe uma ligação essencial entre *saúde* e ocupação, visto que a ocupação é um aspecto fundamental, por meio do qual as pessoas realizam aspirações, satisfazem necessidades, e cooperam com o ambiente, e que o envolvimento nas ocupações vão ao encontro das necessidades e aspirações, provendo um equilíbrio das capacidades físicas, mentais e sociais atreladas ao valor social e aos significados individuais nelas investidos; elas potencializam capacidades e oportunidades individuais e a integração das comunidades nas quais inclusão social, apoio e justiça constituem uma ecologia sustentável (Wilcock, 1998:108-10).

Segundo a American Occupational Therapy Association (AOTA)¹⁹, as dimensões das ocupações a serem analisadas são inúmeras: cultural, social, psicológica, temporal, contextual, entre outras, e o objetivo da Terapia Ocupacional é restaurar a vida ocupacional dos sujeitos atendidos²⁰. É importante que todo procedimento de análise de atividade seja desenvolvido para dar um sentido à ação e ao processo, atendendo às necessidades físicas, sensorio-motoras, perceptocognitivas, funcionais e psicossociais do sujeito, buscando sempre a sua inclusão ocupacional e sociocultural e levando em consideração o ambiente no qual tal processo se desenvolve.

Wilcock, preocupada em construir uma perspectiva ocupacional da Saúde, observa que na contemporaneidade o valor e a divisão da ocupação têm se alterado em função da diversidade cultural, em parte porque a natureza ocupacional humana apresenta uma imensa variabilidade – não há duas pessoas que apresentem o mesmo potencial ocupacional ou as mesmas necessidades – e desenvolve-se de acordo com as demandas ambientais. Apesar dessa variabilidade, é possível apontar quatro principais funções da ocupação, que estabelecem ligações fundamentais entre sobrevivência e saúde: prover sustento, autocuidado e abrigo; proteger-se de predadores e proteger o ambiente; equilibrar as capacidades pessoais; e capacitar o desenvolvimento humano para que cada pessoa e cada espécie possa prosperar¹².

Nesse sentido, a variabilidade entre pessoas e culturas tornou a perspectiva ocupacional, no início do século XXI, um importante tema da evolução cultural: reforçou a visão sustentada por muitos de que a ação humana, na forma das ocupações, modela a cultura e é por ela modelada. O potencial humano para prosseguir de novas e diferentes formas, para explorar caminhos e encontrar tempo para escolher as ocupações tem levado a uma situação na qual os produtos e resultados da ocupação humana parecem assumir uma maior importância sobre as necessidades naturais ou de saúde e sobrevivência do ecossistema do qual a humanidade depende¹².

No entanto, apesar de todo o desenvolvimento acompanhado, os diferentes modelos de análise de atividades não foram capazes de cumprir a função que fez a sua força nas décadas de 1950 e 1960, isto é, de dar legitimidade científica, nos termos de uma ciência médico-biológica, ao instrumento privilegiado da Terapia Ocupacional.

O problema estava, então, não numa suposta inadequação dos instrumentos e procedimentos da Terapia Ocupacional ao conhecimento científico, mas, talvez, na inadequação ao campo da concepção de reabilitação, que pautava algumas propostas de análise de atividades, e da concepção de ciência à qual os terapeutas ocupacionais estavam tentando se adaptar.

A pesquisa, o olhar e a reflexão do terapeuta ocupacional criaram um entendimento de que a prática da Terapia Ocupacional no Brasil se dá numa pluralidade assistencial, na necessidade de instalação e ampliação de serviços e de acesso da população às propostas de reabilitação; de fortalecimento de iniciativas advindas das políticas públicas e da construção de um campo conceitual próprio, com instrumentos próprios, que abarque as influências contemporâneas, mas que não perca a perspectiva de um saber local, que precisa ser refletido e comprometido com uma responsabilidade ético-política, que definirá contornos próprios para o campo da Terapia Ocupacional brasileira e auxiliará o profissional no enfrentamento da complexidade da realidade da população brasileira.

A seguir, são apresentadas algumas noções de reabilitação presentes na Terapia Ocupacional brasileira e, depois, uma nova concepção de ciência que pode ajudar a pensar a análise de atividades nesse campo.

NOÇÕES DE REABILITAÇÃO REDIMENSIONAM AS ATIVIDADES E SUA ANÁLISE

O conceito de atividade é dinâmico, modifica-se na medida em que a Terapia Ocupacional tende a responder às exigências de uma época. Assim, também, os conceitos de deficiência e ações de reabilitação passam por transformações que refletem a evolução histórica da assistência à saúde prestada às pessoas com deficiência. No Brasil, há muitos estudos nessa linha, entre os quais os de Nallin, Ghirardi e Rocha²¹⁻²³.

Segundo Rocha, ocorreu um processo de passagem “de uma visão não centrada na patologia, antes do século XIX, para um olhar focalizado no corpo individual e patológico, na virada do século XIX para o século XX, desembocando, hoje, na idéia de um corpo biológico, individual, incapacitado, excluído da sociedade”. Posteriormente, com o deslocamento do objeto do corpo individual para o corpo social proposto pela OMS, “a ação técnica da reabilitação deixa de se centrar unicamente no resgate de aspectos orgânicos do indivíduo e passa a considerar aspectos subjetivos e sociais nessa ação”²².

Nallin, ao apontar a ineficiência da reabilitação numa visão técnico-científica, fez emergir um problema sério, que precisou ser investigado: a concepção de corpo que está presente nos modelos de reabilitação²¹. Ou seja, uma abordagem científica e tecnicista que prima pela correção e normatização corporal, que trabalha com a idéia do corpo-máquina. Contudo, quando a reabilitação traz a incapacidade e a desvantagem para a pauta de suas proposições, deve atuar “ao mesmo tempo sobre o sujeito e sobre o social, sobre a deficiência e sobre

as desvantagens, numa perspectiva heterodoxa de convívio"²². Qual é a idéia de corpo que perra essas ações?

Outro aspecto fundamental é o de que, ao resgatar o sujeito e as contradições vividas por ele, revela-se a exclusão social. Sawaia aborda a exclusão social sob a perspectiva ético-psicossociológica para analisá-la como um processo sócio-histórico, que se configura pelos recalcamientos em todas as esferas da vida social, mas é vivido como necessidade do eu, como sentimentos, significações e ações. Aprofunda sua análise e destaca que a sociedade exclui para incluir, e essa transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estão inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida pela insuficiência e pelas privações, que se desdobram para fora do econômico, evidenciando-se no sofrimento concreto dos sujeitos²³.

Concomitantemente a esses fatores, ocorreu na área da Saúde um forte movimento de questionamento crítico do papel dos técnicos junto às instituições e populações atendidas, gerando, nos anos 1970 e 1980, um redimensionamento do papel do terapeuta ocupacional. De uma prática que muitas vezes era de amortização de conflitos e manutenção do *status quo*, realizando uma reabilitação voltada para a adaptação do sujeito a uma dada realidade ou a um modo dominante de existência, o terapeuta ocupacional passou a questionar as condições em que se apresentavam seus pacientes e o espaço de contradição que ele próprio ocupava, entre uma função terapêutica, de um lado, e uma função de controle social, de outro²⁴.

A essa problematização do papel desempenhado pelos profissionais somaram-se outros dois movimentos, referentes às propostas de atenção à saúde, que produziram novos sentidos para as atividades e para a prática dos terapeutas ocupacionais. De um lado, a organização das pessoas com deficiência em torno da luta por direitos civis e pela melhoria das condições de vida, que transformou a atitude dos técnicos e da população em geral; de outro, as propostas de desinstitucionalização psiquiátrica, que introduziram experiências teórico-práticas inovadoras para lidar com a complexidade das demandas em saúde mental, construindo propostas de transformação concreta da vida dos pacientes e auxiliando na reconstrução plena da cidadania²⁵.

Aliada a esses movimentos está uma nova noção de reabilitação, que tem como sentido a construção dos direitos substanciais (afetivos, relacionais, materiais, habitacionais, produtivos e culturais) dos pacientes, sustentada por uma pesquisa da transformação ocorrida nas dinâmicas sociais, culturais, econômicas e de direitos mentais dos deficientes e das populações chamadas "excluídas"²⁶.

Essa nova perspectiva na história da saúde e das propostas de reabilitação psicossocial exige um redimensionamento das práticas e uma reavaliação do sentido das atividades exercidas por todo cidadão. Estas passam a ser elementos importantes no movimento de desconstrução de uma lógica excludente e alienante. Outras formas de ver o corpo em movimento, em ação, em seus "fazer" cotidianos são criadas. As atividades são, então, valorizadas como elementos articuladores entre o sujeito e sua comunidade, representando oportunidades de encontro e diálogo entre os diferentes indivíduos da sociedade e possibilitando a emergência de produções significativas e desalienadoras, que envolvem um sujeito inserido em um determinado tempo e espaço. A intervenção, nessa perspectiva, está voltada para o indivíduo e seu grupo social, de forma que se possam criar condições de bem-estar e autonomia para a pessoa que vive à margem, viabilizando a construção social de espaços de vida e de expressão da diversidade²⁸. O compromisso reabilitacional passa a ser, de fato, com o desenvolvimento da vida, no sentido de ser no social, na trama do cotidiano.

Além disso, embora a construção das novas práticas em Terapia Ocupacional estivesse centrada no conjunto das necessidades expressas pelos sujeitos, deparou-se, nos anos 1990, com o problema, a ser enfrentado, de reabilitar os espaços vividos – o corpo social. É na comunidade e na cidade, ou seja, além do campo clínico, que se promove o encontro entre os recursos e as necessidades dos sujeitos em sua relação com o lugar em que vivem.

A nova direção da prática da Terapia Ocupacional propõe uma atuação no campo das possibilidades e recursos, ampliando a rede relacional e de produção: 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. Novas linguagens, de convivência e emancipação sociocultural e de criação de projetos de vida, transformam e constroem uma nova realidade²⁶.

Entretanto, para superar o reducionismo de uma proposta de análise de atividade centrada no quadro patológico, no corpo individual ou no desempenho ocupacional, todos esses fios precisam ser analisados e entrelaçados do ponto de vista complexo. Para tanto, é preciso estudar as áreas em suas especificidades, traçar trajetórias e apresentar alguns marcadores que seriam comuns para a realização da análise da atividade.

Assim, enfoca-se a atividade como a base real e material de todos os tratamentos em Terapia Ocupacional. Uma nova abordagem da questão substitui a análise em elementos pela análise em unidades, cada uma das quais retendo, de forma simples, todas as propriedades do todo. Dessa forma, para que a inclusão social seja uma realidade, é preciso considerar: o sujeito em sua materialidade, seu plano

das idéias, seus afetos, inserido no cotidiano, com suas necessidades de todas as ordens, apresentando sofrimentos – que não são só físicos ou psíquicos, mas também éticos e políticos –, buscando sentidos e significados em suas ações.

Novos Caminhos

Foi considerando essa pluralidade do campo assistencial que, no Brasil, a partir dos anos 1980 – durante um período de grande incremento nas práticas clínicas e sociais, desenvolvidas principalmente em serviços públicos de saúde –, os terapeutas ocupacionais passaram a produzir conhecimento para dar conta das questões que essa prática clínica colocava. Para tanto, foram buscar conhecimento em outros campos do saber, movimento²⁹ que se acentuou na década de 1990.

Nesse sentido, houve um deslocamento das preocupações que moviam os terapeutas ocupacionais. Os conhecimentos produzidos não estavam à serviço de nenhuma suposta exigência de cientificidade do campo, mas buscavam responder às demandas e necessidades daqueles que era sua função acompanhar. O compromisso dos terapeutas ocupacionais, tanto na prática, quanto na produção teórica, com a população atendida passou a ser um compromisso ético-político. O que se apresentou foi o desafio de produzir conhecimento num campo complexo no qual se articulam as questões da exclusão, da deficiência, da desvantagem social aos processos de promoção da saúde e de inclusão e ao campo multifacetado das atividades humanas. A busca de subsídios teóricos em diferentes campos de saber acabou por inserir o terapeuta ocupacional no movimento contemporâneo das ciências e em relação ao desafio transdisciplinar.

As diretrizes para o desenvolvimento científico contemporâneo implicam uma tentativa de superação de uma visão mecanicista do homem e da natureza e de um saber científico hipotético, dirigindo-se, cada vez mais, para posturas antidogmáticas, antideteministas, sempre imperfeitas e não definitivas³⁰.

“Desmaquinizado, o mundo torna-se um todo indivisível, relacional, que inclui o sujeito como componente essencial, onde as noções como causa-efeito, tempo-espaço não podem ser absolutizadas de forma mecânica, mas inseridas em redes de conexões múltiplas e descontinuas”³¹.

Para Morin, as novas bases para entender o homem em sua universalidade e diversidade são incerteza, indeterminação, imprecisão e complexidade. Para ele, os contornos às proposições para essa nova visão de ciência estão na redefinição dos laços sociais, no retorno aos sujeitos, na valorização da ética, no redimensionamento do imaginário, na abertura da razão, na inclusão da poética como forma

ativa de encarar o real, na projeção da imagem de um círculo comunicacional em que técnica, invenção e psique se inter cruzam e se fundam. O conhecimento passa a situar-se como subjetivação do próprio conhecimento e a servir para ser refletido, meritado, incorporado ao saber, à experiência e à vida, proporcionando uma forma de entendimento entre o objeto pensado e o sujeito pensante, que supõe uma metamorfose da estrutura do pensamento para capacitá-lo a enfrentar a complexidade do real³⁰.

Essas novas perspectivas na prática do terapeuta ocupacional distanciam-se de um sentido positivo de ciência para se aproximarem de um campo conceitual, cujo paradigma é de superação do modelo médico-psicológico, e envolvem a compreensão de novos valores, uma nova visão que, além de considerar o potencial terapêutico das atividades, opera uma transformação cultural.

A Terapia Ocupacional é um campo de saberes e práticas que busca construir com os sujeitos atendidos uma área de exploração de necessidades e um levantamento detalhado de questões apresentadas pelos sujeitos, o que implica uma construção gradual, artesanal, de desconstrução de problemas e de recomposição, ressignificação, complexificação de possibilidades e de entrada no circuito social. Significa buscar novas formas de conhecimento, de relação, de ações e atividades que recuperem a vida produtiva, mas produção, aqui, no sentido de produção de vida, de sentido, de função biológica, de sociabilidade, de utilização de formas coletivas de convivência, afetividade, solidariedade, de participação e engendramento de novas redes sociais, articulando materialidade com as potencialidades dos recursos subjetivos. Na perspectiva contemporânea são essas as diretrizes para a intervenção nas diversas configurações do campo assistencial da Terapia Ocupacional.

O encontro entre terapeuta e paciente produz um interjogo de interações, associações, fusões, define um território dinâmico de trabalho e pode gerar continuidades ou descontinuidades que se relacionam ao processo de produção de si e de mundo. Nessa estrutura complexa, pode-se destacar o início da autodeterminação e auto-organização, bem como o modo aberto e plástico pelo qual esses princípios evoluem e se desenvolvem.

Para Maturana, a perspectiva das ciências da complexidade traz uma mudança das noções de realidade e de observador, o que leva a uma mudança radical na relação observador/observado (terapeuta/paciente), não há o acesso a uma realidade única (observador), independente do outro (observado). O que se propõe é que existam tantas realidades quantos modos de vida houver em cada ser³¹.

Na atuação clínica em Terapia Ocupacional essa é uma questão fundamental. Os procedimentos profissionais, em termos mais amplos, relacionam-se com a vida, sua manutenção, sua organização, sua autopoiese (no sentido de que os

organismos vivos estão sempre se autocriando). Nessa perspectiva, qualquer mudança que surja num sistema humano pela intervenção do terapeuta é sempre uma reordenação da experiência do paciente, determinada por ele próprio, e não pelo terapeuta, nem por determinadas atividades, como é comum pensar em Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional, segundo a Associação Sueca de Terapeutas Ocupacionais, leva a considerar que a saúde das pessoas requer equilíbrio entre a atividade e o descanso e que as pessoas são de natureza ativa e capazes de desenvolver-se. A experiência e o conhecimento das pessoas sobre o mundo que as rodeia pressupõem atividades; o desenvolvimento das pessoas depende também da atividade e da ação. As pessoas são essencialmente autônomas, sociais e culturais, participam de atividades e interagem com os outros, podendo influir em sua saúde por meio da atividade e da ação³².

Segundo a Associação Brasileira de Terapia Ocupacional (ABRATO), é pressuposto básico da Clínica da Terapia Ocupacional compreender a atividade humana como processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de autossustentação³³.

Para Ruiz, a função clínica de um terapeuta pode apenas "perturbar" o paciente para engatilhar nele a sua reorganização, mas nunca poderá "instruí-lo", não poderá passar-lhe "informações diretas", como postulam as vertentes tradicionais no campo da saúde. No processo de reorganização não existe um caminho preestabelecido.

"O devir é uma deriva (uma marcha progressiva): o presente evolutivo humano é o resultado de um processo que preserva uma maneira de viver, e não apenas o que foi conseguido no processo de adaptação"³⁴.

Concordamos com Benetton e Lancman quando eles argumentam que o caráter empírico da clínica demanda, na assistência, escolhas e diferentes formas de condutas, com as quais espera-se chegar aos objetivos da intervenção, sem a observância de um linha rígida de pensamento.

"Uma conduta clínica eclética pode e deve ser a resposta a uma demanda pessoal. Uma conduta não é apenas uma resposta metodológica ou técnica, mas uma adaptação dela ao sujeito que a demanda"³⁵.

Na Terapia Ocupacional, não é possível parcializar ou compartimentalizar os sujeitos das intervenções, mesmo quando os profissionais se utilizam de estrutura técnica única. Isso também consiste a reafirmação viva que essa profissão pode

assumir em sua intervenção. Mas é justamente essa compartimentalização que está na base da lógica da análise de atividades, tal como proposta a partir da década de 1950, dificultando a integração dos conteúdos analisados e deixando de fora aquilo que constitui o núcleo dos problemas com os quais o terapeuta ocupacional lida em sua prática cotidiana: o singular, o variável, o fazer diferentemente. Na nova perspectiva engendrada pela ciência contemporânea e pelos novos modelos de reabilitação, tal lógica ficou esvaziada de sentido.

Medeiros chama a atenção para o fato de que uma análise de atividade em Terapia Ocupacional implica sempre a postura teórica e ideológica do profissional que a realiza, que compreende um determinado conceito de homem, de atividade humana, de sociedade e de normatividade. Para a autora, quando se toma a análise de atividades como um momento de examinar as atividades e determinar seus componentes, se está assumindo a postura típica do cientificismo, que considera o todo como somatória das partes e como forma de garantir a neutralidade e objetividade do conhecimento. Assim, entende-se que analisar uma atividade é, acima de tudo, assumir uma postura diante do ato de conhecer, do objeto a ser conhecido e dos sentidos do tratamento e que, portanto, é preciso que o terapeuta ocupacional tenha consciência da perspectiva que está assumindo em sua prática. Concluindo, ela afirma que as atividades humanas devem ser compreendidas em sua historicidade concreta, considerando-se os vários significados e valorações que as acompanham e que a análise de atividades é um método de conhecimento que possui uma finalidade implícita ou explícita no processo terapêutico³⁷.

Também para Benetton a divisão de elementos a serem analisados numa atividade atomiza-a de forma a esvaziá-la de significados pessoais e sociais. A partir dessa visão crítica, a autora propõe que dois aspectos indissociáveis sejam sempre considerados para análise: as atividades e o sujeito em atividade. De acordo com a proposta da autora, o local apropriado para a realização desse procedimento é o Laboratório de Análise de Atividades, onde pode ocorrer a experiência do fazer e a reflexão e a elaboração dessa experiência, compreendendo discussões relativas aos aspectos técnicos da realização de atividades, a criatividade presente no processo, o produto do ponto de vista da estética, da sofisticação e da utilidade e as emoções e os sentimentos que estiveram presentes na realização do trabalho e na relação com o grupo. Desse ponto de vista, o primeiro passo numa análise de atividades é a decodificação dos investimentos de quem a realiza. À observação de si mesmo, segue-se uma discussão na qual essas experiências são coletivizadas, levando a uma ampliação da observação do fazer para o processo dos colegas e para a necessária diferenciação entre a técnica propriamente dita e a colocação da técnica em ação³⁸.

momento, de forma bastante dinâmica, que se dá o entendimento do contexto do processo terapêutico e do modelo de reabilitação a ser empregado no tratamento, definindo formas de intervenção necessárias.

O terceiro momento refere-se ao conhecimento do ambiente e do território no qual a vida se desenrola, com identificação da rede de recursos disponíveis para o desenvolvimento das atividades dos sujeitos/grupos atendidos e para a efetivação da inclusão sociocultural, quando possível, para além do eixo da saúde. Isso requer do terapeuta ocupacional um trabalho voltado a ampliar recursos que enriqueçam e deem suporte ao cotidiano das pessoas atendidas, fortalecendo propostas e projetos que engendrem as transformações culturais necessárias para a construção da saúde da população.

A experiência das autoras deste capítulo conduz à necessidade do acompanhamento e do entendimento dos sujeitos em atividades. É essa experiência que define um território, uma certa forma de atuação, um determinado olhar sobre a natureza, a saúde e a atividade das pessoas. Assim, o estudo, de forma mais ampla, ou a análise, como esse procedimento é chamado tradicionalmente, deve considerar áreas da vida dos sujeitos, entendidos como sistemas vivos. Essas áreas se somam, se agrupam, se sobrepõem e se transformam, numa plasticidade constante. Entre elas, consideram-se o corpo e sua funcionalidade, o conjunto de necessidades expressas e identificadas, a produção de sentido e significado para as ações e atividades, as diversas formas de vida criativa e produtiva, a organização dos espaços e o cuidado com o cotidiano, os cuidados pessoais, a autonomia, a inclusão sociocultural e a convivência e a idéia de potencialização de redes, que podem ser descritas como uma teia de participantes autônomos, unidos por valores e interesses compartilhados.

A questão da análise de atividades indica um caminho de investigação na Terapia Ocupacional brasileira. O que de fato os terapeutas ocupacionais fazem em suas práticas? Como fazem? Quais são os instrumentos e como eles se apresentam nos diferentes campos assistenciais? Esses instrumentos estão associados a um modelo de Terapia Ocupacional? As difíceis condições de obtenção de recursos para investigação e desenvolvimento dos instrumentos de trabalho, bem como para a formação continuada, são fatores que, no Brasil, estão atrelados à continuidade do desenvolvimento de diversos aspectos da profissão.

APONTAMENTOS FINAIS

Diante de tais considerações, é possível perceber que o procedimento de análise de atividades em Terapia Ocupacional precisa ser ampliado, compreendendo o desenvolvimento do estudo, seguindo as particularidades de cada campo assis-

tencial. Cada um dos campos de atuação do terapeuta ocupacional indica questões próprias e coloca desafios para o profissional. A utilização de atividades na clínica deve, portanto, levar em conta o ambiente e o contexto em que a atenção se dá e a importância de realizar atividades – e de saber que atividades realizar – nesses diferentes contextos.

O contexto hospitalar impõe questões específicas. É espantoso o desconhecimento que a maior parte da população tem sobre o funcionamento da rotina hospitalar e da tecnologia empregada para o prolongamento da vida. É nesse contexto que o paciente se apresenta separado da família, da residência, do ambiente de trabalho, enfim, que ele se revela em ruptura com seu cotidiano e começa a experimentar um constante desfazer de suas metas e de sua identidade.

O paciente deixa de ter direitos sobre seu próprio corpo e se vê separado da vida que, dia após dia, constrói e reconstrói sua identidade³⁴. Sua vida passa a ser preenchida por “esperas”: pela hora da medicação, pela próxima visita, pela mudança de decúbito, pela próxima refeição, pelo dia e pela noite seguintes. Ocorre um distanciamento da rotina e de suas experiências habituais, a tensão, a dúvida e a angústia tomam conta dos pensamentos do paciente e a hospitalização reduz a competência geral de seu trabalho.

No ambiente hospitalar, o terapeuta ocupacional se vê diante de um indivíduo que está ganhando controle sobre si mesmo e refinando suas habilidades ou, então, de um indivíduo que, em razão de doença ou trauma, perdeu sua independência e seu papel ocupacional na comunidade e que, por isso, precisa aprender ou reaprender as habilidades básicas de seu trabalho, o qual foi tornado difícil ou impossível pela limitação. As atividades ganham, aqui, uma dimensão própria, significando uma forma de manter viva a singularidade de cada paciente dentro de um ambiente de homogeneização, de construir com ele um cotidiano próprio, de trazer para dentro da instituição hospitalar os aspectos culturais de sua vida fora do hospital. Dessa forma, a atividade é um importante aliado no fortalecimento da dimensão “sujeito” de cada paciente, objetivado pelos procedimentos hospitalares. De outro lado, a internação hospitalar pode ser um momento de transformação brusca da realidade do indivíduo, colocando para o terapeuta ocupacional a tarefa de auxiliar na construção de novas perspectivas e possibilidades para a vida que será retomada à saída do hospital.

O mais importante, em qualquer caso, é considerar as necessidades de produção dos sujeitos atendidos. Cada um é tocado de um jeito, conduz de outro; terapeutas e pacientes estão constantemente se produzindo, afetando uns aos outros, tornando as formas mais complexas. As ações se desenrolam no interjogo entre o sujeito, as atividades e o ambiente, e há um acúmulo de experiências. As formas se constituem, se moldam por meio de interações. Não podem, portanto, cristalizar-se em roteiros pré-definidos.

Referências Bibliográficas

1. CREIGHTON, C. The origin and evolution of activity analysis. *Am. J. Occup. Ther.*, 46: 1, 1992.
2. LABAN, R. *Dança Educativa Moderna*. São Paulo: Ícone, 1990. p.13.
3. FRANCISCO, B. R. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papirus, 1998.
4. BENNETON, M. J. *A Terapia Ocupacional como um Instrumento nas Ações de Saúde Mental*. Tese (Doutorado). Campinas: UNICAMP, 1994. p.27.
5. REILLY, M. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *Am. J. Occup. Ther.*, 16: 1-9, 1962.
6. FIDLER, G. S.; FIDLER, J. W. *Occupational therapy: a Communication Process*. New York: MacMillan, 1963.
7. BENNETTON, M. J. *Trilhas Associativas: Ampliando Recursos na Clínica da Psicose*. São Paulo: Lemos Editorial, 1991.
8. HOPKINS, H. L.; SMITH, H. D.; TIFFANY, E. O processo das atividades. In: *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: J. B. Lippincot, 1978. Cap.5.
9. TROMBIA, C. Seleção e análise das atividades. In: TROMBIA, C. *Terapia Ocupacional para a Distúrbio Física*. 2. ed. São Paulo: Santos, 1989. p.243-53.
10. SOUZA, C. T. C. *Atividade: Análise e Síntese*. Salvador: IZENORFETO, 1990. (Mimeo.).
11. POLATAIKO, H. J.; MANDICH, A.; MARTINI, R. Dynamic performance analysis: a framework for understanding occupational performance. *Am. J. Occup. Ther.*, 54: 65-72, 2000.
12. WILCOCK, A. A. *An Occupational Perspective of Health*. USA: Slack, 1998. p.202-45.
13. KIEHLHOFNER, G. *Aspects of Human Occupation. Theory and Application*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985. p. 49-67.
14. KIEHLHOFNER, G.; BURKE, J. P.; IGL, C. H. Modelo de ocupação humana. Trad. Maria Auxiliadora Cursino Ferrari. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2(2/3): 127-44, 1991.
15. BENNETTON, M. J.; LANCMAN, S. Estudo de confiabilidade e validação da entrevista da história do desempenho ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 9(3): 94-104, 1998.
16. FERRARI, M. A. C. Kiehlhofner e o modelo de ocupação humana. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2(4): 246-249, 1991.
17. MEDEIROS, M. H. *A Terapia Ocupacional como um Saber: uma Abordagem Epistemológica e Social*. Tese (Mestrado). Campinas: PUCAMP, 1989.
18. LAMPORT, N.; CORLEY, M. S.; GAYLE, L. H. *Activity Analyses Hand Book*. New Jersey: Slack, 1993.
19. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Statement: fundamental concepts of occupational therapy: occupation, purposeful activity and function. *Am. J. Occup. Ther.*, 51: 864-866, 1997.
20. MOYERS, P. A. The guide to occupational therapy practice. *Am. J. Occup. Ther.*, 53: 247-322, 1999.
21. SAULIAS, A. *Reabilitação em Instituição: suas Raízes e Procedimentos. Análise do Representar do Discurso*. Goiânia: UFGD, 1999.
22. GHIRARDI, M. I. G. *Representações de Deficiência e Práticas de Reabilitação: uma Análise do Discurso Técnico*. Tese (Doutorado). São Paulo: IPUSP, 1999.
23. ROCHA, E. F. *Do Corpo Orgânico ao Corpo Relacional: uma Proposta de Deslocamento dos Fundamentos e Práticas de Reabilitação da Deficiência*. Tese (Doutorado). São Paulo: IPUSP, 1999.
24. SAWAIA, B. B. *As Artimanhas da Exclusão. Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
25. BRUNELLO, M. I. B.; CASTRO, E. D.; LIMA, E. A. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTOLOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001.
26. CASTRO, E. D. *Atividades Artísticas e Terapia Ocupacional: Criação de Linguagens e Inclusão Social*. Tese (Doutorado). São Paulo: ECA/USP, 2001. p.327.
27. SARACENO, B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di Riabilitazione Psichiatrica*. Roma: Grandi Opere, 1995. p.132.
28. BRUNELLO, M. I. B. *Ser Lúdico: Promovendo a Qualidade de Vida na Infância com Deficiência*. Tese (Doutorado). São Paulo: IPUSP, 2001. p.215.
29. LIMA, E. A. Identidade e complexidade: composições no campo da terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. da Univ. São Paulo*, 1999.
30. CARVALHO, E. A. A declaração de Veneza e o desafio transdisciplinar. *Rev. Margem*, 1: 92-96, 1992.
31. RUTZ, A. Humberto Maturana e a psicoterapia. *Rev. Thot*, 61-69, 1999.
32. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Disponível em <http://www/abrato.hpg.ig.com.br>. Acessado em: 22.6.2002.
33. LIMA, E. A. *A Análise de Atividades e a Construção do Olhar do Terapeuta Ocupacional*. São Paulo: Terapia Ocupacional/FMUSP, 1998. p.3-4. (Mimeo).
34. SANT'ANNA, D. B. *Corpos de Passagem – Ensaios sobre a Subjetividade Contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.