

CONSTRUINDO-SE COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL

Lucy T. Akashi

Terapeuta Ocupacional, Docente do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, Doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano

Resumo:

Este é um estudo sobre o primeiro contato dos alunos de terapia ocupacional com sua clientela, investigando o que os estudantes trazem cultural e emocionalmente em relação ao paciente e ao seu papel de terapeuta. A coleta de dados foi obtida através de atividades de jogos e modelagens. A análise dos dados foi qualitativa. Os resultados desvelam uma rede de significações e mostram o caminhar dos alunos na formação do seu papel profissional, envolvendo questões profissionais, em si, como pessoais e sociais, que podem interferir no processo de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: terapia ocupacional, atividade, paciente, relação paciente-terapeuta, estudante

Este trabalho é parte da tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, na Área de Concentração em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano em 1998 e foi apresentado no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional em 1999.

No processo de ensino-aprendizagem há que se considerar que existe um número imenso de informações; sempre há algo novo surgindo ou novas versões do velho. Transmitir todas essas informações seria algo infundável, o desejado seria que as pessoas aprendessem a saber coletar os dados, pensar sobre os mesmos, refletir, integrá-los e torná-los conhecimento.

O que gostaria de pontuar aqui, é que para que isto ocorra, é importante lembrar que a “metabolização” não é tão simples quanto possa aparentar, pois ninguém parte do zero. Muitas vezes é preciso fazer uma revisão dos conceitos e pré-conceitos adquiridos, para então poderem ser somados aos novos, formando talvez um outro novo ou uma “ressignificação”. Muitas vezes os conceitos podem ser antagônicos e se chocarem. E ainda, muitas vezes eles podem ser entendidos de uma forma no intelectual e de outra forma no nível emocional. E são as nossas ações que vão dizer qual é o resultado dessa somatória, ou seja, as atitudes que são concretizadas nas nossas atividades e no nosso corpo.

Quando se fala em integração e participação social da pessoa com deficiência lista-se uma série de barreiras que dificultam esse processo: legislativas, arquitetônicas, políticas, econômicas, culturais, atitudinais.

E neste sentido, os profissionais da saúde também podem ter atitudes não facilitadoras e podem vir a perpetuar esta situação.

Torna-se portanto desejável que os terapeutas examinem seus sentimentos, crenças e comportamentos concernentes às pessoas com deficiência com as quais trabalham. Para reforçar este argumento, Roush (1986) diz que o verdadeiro desafio da reabilitação não é o desenvolvimento tecnológico e medicamentoso, mas vencer as barreiras atitudinais na interação e nos relacionamentos.

E para complementar a idéia, alguns autores como Lyons (1991, 1993), Eberhardt e cols (1995), Estes cols (1991) falam sobre a necessidade de se saber como é o processo de socialização dos alunos, para que haja melhor aproveitamento do ensino e da prática profissional e apontam o quanto a própria escola transmite atitudes e valores.

Assim, partindo dessas idéias e pensando no processo pelo qual passa o aluno de graduação em terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e, quem sabe, o próprio profissional formado, e outros alunos e profissionais que lidam com saúde e educação, procurei verificar se o que vinha observando e sentindo, de forma assistemática, podia ser verificado sistematicamente através da busca do que acontece e como acontece, do ponto de vista simbólico e considerando a bagagem prévia do aluno, quando este se defronta imaginariamente e realisticamente com seu cliente portador de deficiência.

Partindo de questões relativas a preconceito,

estereótipos e estigma, esta pesquisa procurou, de forma sistemática, investigar, por um lado, o que os estudantes de terapia ocupacional trazem nas suas “bagagens” cultural e emocional em relação à pessoa com deficiência, como sendo uma das possibilidades de ser um elemento que interfere em seu processo de ensino-aprendizagem e eventualmente, no futuro exercício profissional. Por outro lado pretendeu conhecer os desdobramentos dessa “pré-história” no desenrolar da disciplina e, até mesmo, a reconstrução possível da postura em relação à clientela.

Em relação a metodologia utilizada na pesquisa, foi considerado que uma vez que se estava trabalhando com conceitos, atitudes e sentimentos, procurando conhecer a “bagagem” trazida sobre a pessoa com deficiência, pensei que a verbalização destes conteúdos poderia dificultar a expressão das pessoas; assim sendo optei pelo uso da atividade como sendo o recurso principal para a coleta de dados. Acreditei que esse material poderia proporcionar indicadores sobre as concepções dos participantes acerca do seu virtual (e posteriormente presente) interlocutor no processo terapêutico.

Por estes motivos escolhi para a coleta de dados a atividade, recurso de terapia ocupacional, e especificamente a modelagem em argila pela possibilidade de expressão de um sentimento, um pensamento, um agir, também pela possibilidade da emergência do inconsciente, pelo tipo de material, que é primitivo por si só, simbólico até religiosamente: “vir do pó e voltar a pó”.

A intenção foi a de criar, através das atividades, a oportunidade para que as imagens do inconsciente encontrassem formas de expressão de vivências internas não verbalizáveis por se acharem fora do alcance das

elaborações da razão e da palavra.

Claro está que isso não se aplica necessariamente só sobre quem não está em condições de verbalizar suas profundezas, mas para quem não tem claro o que sente, o que pensa, no momento, sendo então a atividade uma possibilidade que auxilia na organização dos sentimentos e pensamentos.

Assim, foi feita uma pesquisa qualitativa envolvendo 18 participantes, alunos do curso de graduação em terapia ocupacional, iniciando seu primeiro contato direto com a clientela.

Teve como instrumentos de coleta de dados recursos verbais e não verbais, isto é, foram utilizadas atividades de jogos e modelagens em argila para a representação do que entendiam por paciente e terapeuta, antes e após o contato com aquele. E todas as atividades foram acompanhadas de comentários verbais posteriores a sua execução. No final houve um formulário com questões para saber se haviam tido contato com a clientela antes desta disciplina.

Assim, o procedimento deu-se da seguinte maneira: antes do primeiro contato com o paciente, os alunos foram solicitados a representar através da escolha de um objeto que tivessem ali no momento que pudesse representar o que foi denominado por eles de o “caso” (C). Dias depois foram levados ao laboratório de atividades e recursos terapêuticos de terapia ocupacional, onde dispunham de uma série de materiais de artes plásticas, artesanais, jogos, brinquedos e foram solicitados a montarem o que foi denominado de “kit-to” (K), que representava o que eles achavam necessário para serem terapeutas ocupacionais. E para dar mais “consistência”, a terceira atividade foi a modelagem em argila do corpo do paciente (P1). Após cerca de dez semanas, onde cada aluno acompanhou um paciente, em

contatos diretos e individuais, foi solicitada mais uma representação do corpo do paciente (P2). E após essa modelagem, no mesmo dia, em seguida, foi solicitada a confecção do corpo do terapeuta (T).

Dito de outra forma: um dos temas remete-se ao “outro” - através do “caso”, da primeira e segunda modelagem do paciente; o outro tema está relacionado ao “si-mesmo” - através do “kit-to” e da modelagem do corpo do terapeuta.

A análise dos dados foi interpretativa, no sentido de procurar os significados que emergiam através das imagens e das verbalizações sobre as mesmas, tendo sido feita uma leitura coletiva e uma individual de cada participante.

Na representação do “caso”, os resultados foram divididos em dois grandes indicadores: continente e conteúdo. Por exemplo: agenda, bolsa, estojo, porta-óculos, caderno; caneta, chave, texto da aula, tesoura, batom, óculos, correntinha com crucifixo.

Nesta atividade obtive como “resposta” que paciente é: importante e alguém por quem se deve ter cuidado e responsabilidade; pessoa por quem se tem muito carinho e afeto; desconhecido. Quatro participantes responderam o que e como fazer com o paciente. E uma aluna falou sobre si.

No interjogo entre continente e conteúdo, ou, entre organização, compromisso, afeto e “ferramentas” de transformação e construção, de modo geral pode-se pensar num interjogo entre eu e o outro, entre conhecer e atuar. E, talvez indo mais longe, um interjogo entre ser continente para o paciente e buscar nele continência, entre ser instrumento para ele e vê-lo como instrumento de um vir a ser próprio, como profissional.

No “kit-to” emergiram os seguintes indicadores:

lúdico, utilitário (instrumento/ferramenta), expressão, continência/conteúdo e natureza. Por exemplo: boneco, bola; papel, caneta, agulha; lantejoulas, vitral; caderno, caixa; casca de coco, galho de pessegueiro.

Em síntese, no “kit-to”, diria que mais do que a necessidade de conhecimento teórico e estudo, os participantes falaram na necessidade de se ter certos comportamentos e atitudes, responderam mais sobre como ser e o que fazer.

Em P1 e P2, as representações do corpo do paciente sugeriram os seguintes indicadores: forma humana (completa, incompleta, acompanhada por objeto), forma de objeto, forma mista.

Em P1 os alunos fizeram e falaram do paciente como um desconhecido, demonstrando ansiedade, raiva e frustração nesse fazer-representar.

Dé maneira geral, pode-se dizer que em P2 surge menor grau de ansiedade, menor conflito ou que, como houve o contato real, saiu-se do nível imaginário inicial, do desconhecido, do “mistério”.

Considero que em P2 o paciente torna-se mais definido visto em relação a P1. Se em P1 houve uma expressão de raiva no fazer da modelagem, por causa do desconhecimento, em P2 o que surge é a expressão da dificuldade de lidar com um outro que também pensa e sente. Provavelmente imaginou-se que, apesar de desconhecido, este paciente era “paciente” e passivo, isto é, existia um “necessitado” e que este só teria de cumprir as determinações do terapeuta, que sabia o que era melhor para ele.

Na representação do corpo do terapeuta (T) os indicadores que emergiram foram: forma humana (completa, incompleta), forma de objeto, terapeuta sem ou com paciente (misturados, separados com elo de

ligação e separados sem elo de ligação).

Globalmente uma observação pode ser feita: um número significativo de participantes faz claramente a distinção “eu” “outro” e mantém a possibilidade de comunicação entre ambos. Alguns poucos não conseguem ainda perceber as “fronteiras” e outros poucos têm dificuldade em reconhecer a possibilidade de existência de um nítido vínculo.

Quanto à aplicação do questionário, esta foi feita porque parti do pressuposto que talvez o fato de ter entrado em contato com pessoas com deficiência, antes da disciplina ou da experiência clínica, pudesse influenciar, facilitando, a visão do paciente e o relacionamento com ele. Mas parece que não houve necessariamente uma facilitação.

Resumidamente, eu diria que os resultados obtidos mostram que esses participantes trazem em suas “bagagens” cultural e emocional em relação às pessoas com deficiência (como não poderia deixar de ser) algo semelhante às pessoas de um modo geral e um desconhecimento inicial significativo sobre seu futuro cliente.

Significativo porque são estudantes que optaram por uma profissão que tem como objetivo trabalhar com esta clientela, visando a participação e integração social da mesma. O que deveria talvez pressupor um certo conhecimento prévio sobre estas pessoas. Provavelmente seja essa a palavra mais apropriada, isto é, ao invés de desconhecimento, havia, sim, um conhecimento prévio, não necessariamente compatível com a realidade, mas resultado de projeções, mecanismos de defesa, além, obviamente, da presença de representações solidificadas no imaginário social.

Ou ainda, como diz Faria (1987), o estranho é re-conhecido por remeter ao conhecido. Aquilo que é

realmente estranho é ignorado. O estranhamento é produto da relação estabelecida com o outro, a partir de experiências anteriores.

Quanto aos desdobramentos no desenrolar da disciplina, verificou-se uma diferença de visão sobre a pessoa com deficiência, mas ainda com um certo ranço, uma vez que se está falando de atitude; e o que está impregnado há tanto tempo, e por vários motivos, não se muda em tão curto prazo (no caso, dez semanas entre a primeira e a segunda coleta de dados), mas propicia um bom início para a revisão dos valores.

Assim, após as dez semanas de acompanhamento dos pacientes pelos alunos, de contatos diretos e individuais que foram estabelecidos, as colocações ainda não foram tão diferentes de outras pessoas da sociedade em geral. Mas agora mostravam mais claramente o que traziam nas suas “bagagens” antes do contato direto com a clientela e os desdobramentos dessa “pré-história” no desenrolar da disciplina e dão indicações de uma possível reconstrução do que é deficiência.

O paciente “indefinido” nem mesmo era “gente”, agora ele passa a ser gente, com emoções, sentimentos e ação. Com a emoção e o sentimento o cliente adquire o “status” de ser humano.

O contato mostrou que se estava lidando com uma pessoa, sujeito, indivíduo, cidadão. Fosse lá como o corpo dele estivesse, ele trazia seus desejos, suas vontades, suas idéias, suas expectativas e suas “bagagens” também.

E aqui uma indagação surge: por que achar que pelo fato da pessoa estar com problemas no seu corpo (ou estar com um corpo diferente) ela é passiva e está passível de? Acreditar que na suposta (ou geral) fragilidade de um corpo tudo está frágil e que nada existe de ativo e agressivo (agressivo entendido como

poder de ação e atividade) é fruto de mais um conjunto de crenças e valores transmitidos constantemente pelos mais variados meios.

E parece que aqui encontramos nossos velhos conhecidos: estereótipos, estigma, preconceito. Retomaria enfaticamente que idéias preconcebidas bloqueiam relações, dificultando a percepção do outro em sua totalidade - onde se incluem, além dos limites, as possibilidades. Se se pensa no outro como coitadinho, e se age em consonância com esse pensar, isto passa a ser obstáculo às oportunidades de sua emancipação. Contrariamente, ao pensar-se nele como pessoa total surge a abertura para inúmeras possibilidades.

Na tentativa de entender, há que se considerar o componente corpo, e aqui vou recorrer a algumas das idéias de Lowen (1984) sobre isso. Se o corpo é entendido como movimento, e enquanto se movimenta expressa vida (o fluxo interno de vida), poder-se-ia dizer da atração e repulsa que este corpo não funcional e “deformado” externamente causaria, como um símbolo concreto e externalizado de imobilizações e tensões. Como um espelho das que são suas (do terapeuta): as imobilizações e tensões internas, de emoção e sentimento, de prazer e dor. Quando falo de repulsa, digo da rejeição da deficiência, da dor e do sofrimento que este espelhar causa e da impotência em não poder “curar”, de ter que aprender e aceitar a conviver com o que tem ou com o que é.

Adicione-se a isso o fato atual da primazia do intelecto em detrimento do corpo e da emoção, que faz com que se rejeite cada vez mais o corpo como um veículo de expressão e ação de sentimentos, transformando-o em objeto com determinados valores e formas de “parecer”: de beleza, sexo, saúde (e de fato não “ser” nada disso, e ficar só na aparência).

Como complemento a essas considerações, diria que a linguagem verbal é um problema, quando entendida como sendo só ela “legítima” forma de expressão, até porque há vários tipos de leituras que podem ser feitas de uma mesma verbalização. Assim, coloca-se a necessidade de saber o que é de um e o que é do outro. Mas mesmo havendo uma cilada das palavras, segundo Lowen (1979), o corpo tem o potencial de fazer essa recuperação.

Talvez aqui esteja a atração por este corpo diferente, que externamente apresenta dificuldade de movimentação e, no imaginário, a sua compreensão poderia conduzir à recuperação da cilada da linguagem, do intelecto, através do que se tem de mais concreto que é o corpo. E, já que atração e curiosidade, com freqüência, estão unidas, por que não perguntar: como esta pessoa pode viver com este corpo quando se fala tanto em beleza, orgasmo e “malhação”? - ou seja, quando se fala tanto do corpo como objeto. Pode este corpo deformado viver tudo isso? E depois ou concomitantemente: e eu (terapeuta) consigo viver?

Para auxiliar na construção desta análise recorri a idéia de projeção, isto é, do mecanismo não consciente e intencional que é acionado, quando se tem dificuldade em lidar com as verdadeiras emoções. Através do entendimento do mecanismo de projeção talvez seja possível dizer que muito do que foi expresso de início sobre o que os participantes achavam da pessoa com deficiência (alguém totalmente deficiente, sem afetos, sem nada de bom) poderia corresponder a percepções deles mesmos. Se assim fosse, eles se veriam dessa forma e projetariam essas imagens no outro.

Fazendo a leitura dos dados obtidos do ponto de vista dos arquétipos, isto é, dos padrões de comportamentos ou imagens instintivas que não foram

criadas intelectualmente, percebo através dos dados da pesquisa que aqui trata-se de arquétipos cindidos. Todos nós temos o arquétipo terapeuta-paciente e saúde-doença que caminham juntos, fazem parte, que são complementares e neste caso, o que se verifica é que estão cindidos, tendendo a uma polaridade e negando a outra, o que causa desequilíbrio e desarmonia geral na pessoa.

Tudo isso configurando-se na procura desesperada da integração, da unidade, da recomposição do arquétipo cindido; como uma luta pela sobrevivência, luta pelo poder, luta pela energia. Assim como o homem e a mulher procuram pelo outro complementar, a mãe o seu filho, o terapeuta procura o seu paciente e vice-versa. Muitas vezes, nessa procura desesperada, o terapeuta acaba confundindo as relações e depositando totalmente no outro a parte que lhe falta, mas que está em si próprio, que depende só de si mesmo e que não depende do outro neste aspecto.

Outro tema a considerar, a partir de inúmeras colocações dos alunos, remete-nos a refletir sobre a questão da ajuda.

Na tentativa de ajudar ou de proteger o outro da dor, do sofrimento, o “ajudador” pode deixar de ser humano e humilde, para se equiparar a um deus - que pode mudar algumas vidas e destinos, que pode controlar tudo. Poder? Onipotência - impotência? Ambivalência? Polaridade? Mas, antes, ajudar quem? O paciente? O terapeuta?

As relações terapêuticas representadas nesta pesquisa são relações de poder, com uma oscilação entre onipotência e impotência, podendo-se dizer que caminhando para uma visão mais realista e menos maniqueista. Parece que a balança pende várias vezes para a impotência ou o terapeuta foi destituído de seu

poder e passa a “se curvar”, “dobrar perante o paciente”, ou “está de cabeça para baixo”, ou “tem falhas”, ou é “menor que o paciente” (segundo as representações nas modelagens em argila).

Pensando sobre a questão da ambivalência: onipotência/impotência, desejo tecer algumas considerações sobre poder, que entendo como tendo um aspecto positivo e um negativo. Positivo quando significa expansão, irradiação da própria energia, expressão de si mesmo. Negativo quando está presente para manter um “status quo”, oprimindo e desrespeitando o outro (e a si mesmo).

Muitas vezes o poder se concretiza nas relações terapêuticas através de objetos ou fazeres que se tornam simbólicos: estetoscópio, divã, atividade ... que dizem quem é quem nessa relação. Isso porque, usualmente, não se admite que todos tenham poder, porque se raciocina como “tudo ou nada” e não como uma complementação ou como partes de um todo.

Claro está que deve haver uma diferença em relação ao conhecimento teórico, intelectual, adquirido pelo profissional através do estudo, comparativamente em relação ao paciente, o que não significa que, de posse desse saber, aquele possa dar conta de tudo o que se refere a este, e talvez exatamente por não poder fazer isso, por sentir-se incompetente apesar de seu “saber” (insuficiente) só intelectual, o profissional, às vezes, chega ao ponto de precisar acionar defesas, de ter que apelar para seduções, para impor um poder de opressão e obediência.

Ora bem, o conhecimento pode ser entendido como o poder de controlar os resultados pela manipulação das causas. E mais: isso dá a impressão de ser Deus, e conseqüentemente diminui a insegurança.

Na luta pelo poder (ou controle) há uma tendência

humana de “roubar” energia de outros humanos, porque nos sentimos tão freqüentemente esvaziados de energia e isolados. Aqui, novamente, cabe a idéia de arquétipo cindido e a sua tentativa de reconstituição através do uso do poder. E os seres humanos erroneamente tentam obter energia uns dos outros, o que resulta numa sensação de escassez, competição e luta. Começamos a abandonar estes hábitos à medida que ficamos mais conscientes da nossa tendência de controlar, julgar e agradar os outros.

Ou em outra linguagem, quando desvestimos a Persona (as máscaras), conhecemos a Sombra (o lado escuro), despersonificamos Anima/Animus (o lado feminino/masculino), confrontamos consciente e inconsciente, emergindo o Self (o centro da personalidade total), fazendo o Processo de Individuação (a harmonização do consciente com o centro interior, o Self) - quando então, falamos a linguagem do self e não do ego.

Seria, pois, o paciente a solução do terapeuta? Em termos sim, porque é a reconstituição do arquétipo cindido. O paciente pode ser um espelho, que reflete as sombras (e as luzes) do terapeuta.

Num primeiro momento, do reflexo, há, sim, medo e fuga, muitas vezes pela negação, que seria mais fácil, e digamos que socialmente aceita, de certa forma - isto é, todos sabem, mas fingem que não, porque afinal, o meio social também acha que é difícil.

Num segundo momento o medo faz com que se “tome coragem”, que vai se transformando com o passar do tempo, em real coragem. E esta coragem (que subentende também humildade) significa o enfrentamento. Mas enfrentamento de que? Dos medos anteriores, do reconhecimento das máscaras utilizadas, do lado obscuro e oculto que eram as reais negações

projetadas no outro? O que está projetado, refletido no espelho não é melhor ou pior do que parece, depende dos olhos de quem vê e de como é entendido, transformado e (re)integrado na personalidade da pessoa. Só não dá para ser simplesmente negado, porque ele está lá, e de uma forma ou de outra, estará se manifestando.

Faz-se de fundamental importância a consciência e capacidade de identificação do que é do paciente e do que é do terapeuta. Identificar as comunicações entre consciente-consciente, inconsciente-inconsciente e consciente-inconsciente.

São as projeções, o medo, as defesas, que turvam as relações, confundindo o eu com o outro. Quando não se está de frente, não se vê até o que é óbvio, e a relação deixa de ser transparente. A forma de se relacionar é em partes, por objetos, não faz a *gestalt*. Não vê o todo. Ou vê, ou sente, ou faz, ou. Vê, sente, ouve o que quer ver, sentir, ouvir, também.

No caminho para a individuação, no reconhecimento da persona, da sombra, do anima/animus, self, não há um certo ou errado, não há uma verdade única. E os relacionamentos ajudam nesse processo.

“Cada um reúne em torno de si a sua própria ‘família de almas’: um grupo de pessoas, unidas ou não por acaso ou por puras motivações egocêntricas, mas por interesses espirituais mais essenciais e profundos: *a individuação recíproca*.” (Franz, 1997, p.192)

O terapeuta e o paciente fariam parte de uma “família de almas”, caminhando para uma individuação recíproca? Nesse sentido, os alunos estariam certos em dizer que “o paciente me ajuda também”.

E retomando a questão do corpo, entendo que é através dele que fazemos a integração entre intelecto e

emoção. Lowen (1979) nos diz que o corpo sente as emoções, e estas pertencem a ele; e a mente apenas as reconhece. “É o corpo que se funde em amor, que se arrepiava de medo, que treme de raiva, que procura calor e contato. À parte do corpo, estas palavras não passam de imagens poéticas. Experienciadas no corpo, elas ganham a realidade que dá sentido à existência.” (p.19)

Seria então o corpo um elemento de expressão, de concretude, de realidade, que quando está vivo apresenta movimento de: abrir-fechar, encher-esvaziar, contrair-relaxar; que para se manter harmônico, oscila entre uma ação e a outra. Quando ele tende mais para uma das polaridades, poderá causar desequilíbrio, comprometendo o fluxo de energia e o movimento.

Nesse sentido, será que mais uma vez o “paciente ajuda”? Através do seu corpo, que atrai e repele, ele estaria ajudando no encontro do intelecto, da emoção e do corpo?

Os resultados obtidos nesta pesquisa desvelam uma rede de significações e mostram o caminhar, de uma certa forma difícil, dos alunos na formação do seu papel profissional. Caminhar que envolve tanto questões profissionais, em si, como pessoais e sociais, mas numa grande mobilização para fazer o melhor possível, procurando superar as barreiras individuais também, uma vez que a “bagagem” que cada um traz consigo para a escola tem significados que podem interferir no ensino-aprendizagem, havendo, pois, muito a ser elaborado para um melhor aproveitamento do processo.

Para isso, porém, é preciso considerar essa “bagagem” prévia, reconhecendo, entendendo e renomeando o que antes era familiar, numa possível reinterpretação para, então, facilitar a (re)incorporação, (re)incorporação de todas essas informações que

passarão a constituir, agora sim, um conhecimento.

Acredito que, a partir desse conhecimento mais sistemático, seja possível, com melhores bases, interferir (como facilitador) na experiência de um primeiro exercício de relação terapêutica, ou até antes, da relação eu - outro, eu - terapeuta ocupacional - paciente, e que isto possa acontecer a partir da prática, ou seja, através da atividade (da ação, da vivência) e da reflexão sobre essa prática.

Gostaria de lembrar que o que, aqui é apresentado como sendo de alunos de terapia ocupacional encontra correspondência, de uma forma geral, com os profissionais de ajuda, com os terapeutas, como nos diz o autor Guggenbühl-Craig (1978); este é apenas o estudo de um caso específico, mas que poderia

também ser ampliado para outras categorias profissionais.

Como docente, a meta última foi sempre a de propiciar/facilitar aos alunos uma vivência do processo de aprendizagem com vistas a um exercício profissional o mais pleno possível e menos impregnado de cristalizações prévias.

E para posicionar em poucas palavras a idéia que tenho de ensino-aprendizagem recorro ao apoio de Lowen (1984): "O indivíduo não aprende com a cabeça, mas também com o coração e todo o seu ser. O que ele aprende nesse sentido será verdadeiro conhecimento. O que se aprende só com a cabeça é informação." (p.150)

E o que ele realmente aprende, ele é - ele não é aparência, nem é posse - é ser. Ele irradia esse ser, porque é.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKASHI, L.T. **Construindo-se como terapeuta ocupacional: da 'pré-história' das concepções sobre o deficiente à possibilidade de ressignificação da deficiência.** São Paulo. 148p. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da USP, 1998.

EBERHARDT, K. & MAYBERRY, W. Factors influencing entry-level occupational therapists' attitudes toward persons with disabilities. **The American Journal of Occupational Therapy**, 49(7): 629-36, 1995.

ESTES, J.P.; DEYER, C.A.; HANSEN, R.A. & RUSSELL, J.C. Influence of occupational therapy curricula on students' attitudes toward persons with

disabilities. **The American Journal of Occupational Therapy**, 45(2): 156-59, 1991.

FARIA, A.M.C. Corpos estranhos: a imunologia entre Freud e Darwin. **Ciência e Cultura**, 39(7):625-30, 1987.

FRANZ, M-L. **Reflexos da alma: projeção e recolhimento interior na psicologia de C.G. Jung.** São Paulo: Pensamento, 1997. 226p.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. **O abuso do poder na psicoterapia: e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério.** Rio de Janeiro: Achiamé, 1978. 154p.

- LOWEN, A. **O corpo traído**. São Paulo: Summus, 1979. 230p.
- LOWEN, A. **Prazer: uma abordagem criativa da vida**. São Paulo: Summus, 1984. 230p.
- LYONS, M. Enabling or disabling? Students' attitudes toward persons with disabilities. **The American Journal of Occupational Therapy**, 45(4): 311-16, 1991.
- LYONS, M. & HAYES, R. Students perceptions of persons with psychiatric and other disorders. **The American Journal of Occupational Therapy**, 47(6): 541-48, 1993.
- ROUSH, S.E. Health professionals as contributors to attitudes toward persons with disabilities. **Physical Therapy**, 66(10): 1551-54, 1986.

ABSTRACT

This is a study about occupational therapy students and their first contact with the patient. Therefore, the purpose of the study was to verify what they bring with themselves, culturally and emotionally, relating to the patient and to their role as therapist. The collecting data was by games and clay modeling activities. The analysis of the data was qualitative. The results unveil a net of meanings and show the way of the students in the formation of their professional role. The way involves professional questions as well as personal and social questions that may interfere in the teaching-learning.

Key words: occupational therapy, activity, patient, therapeutic relation, student