

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**Mestrado Profissional Ensino em Saúde**

**Leticia Rocha Dutra**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PROFISSÃO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DOS ACADÊMICOS E EGRESSOS DO CURSO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Diamantina**

**2015**

**Letícia Rocha Dutra**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PROFISSÃO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DOS ACADÊMICOS E EGRESSOS DO CURSO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM, nível de Mestrado, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Políticas de integração saúde e educação.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna

**Diamantina**

**2015**

**Letícia Rocha Dutra**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PROFISSÃO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DOS ACADÊMICOS E EGRESSOS DO CURSO DE TERAPIA  
OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre

Orientador: Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna – UFVJM

Data da Aprovação 09/10/2015

---

Prof. Mestre Bruno Souza Bechara Maxta  
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais

---

Prof. Dr. Wellington Fabiano Gomes  
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

---

Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna  
Faculdade Interdisciplinar em Humanidades da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**Diamantina**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

O74r	<p>Dutra, Leticia Rocha As representações sociais sobre a profissão de terapia ocupacional dos acadêmicos e egressos do curso de terapia ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais / Leticia Rocha Dutra. – Diamantina 2015. 90 f. : il.</p> <p>Orientador: Paulo Afrânio Sant'Anna</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p>1. Terapia ocupacional. 2. Representação social. 3. Formação profissional. I. Título II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;"><b>CDD 615.8515</b></p>
------	--

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dedico essa conquista, a Deus, que me mostrou que existe um tempo certo para cada coisa. Aos meus irmãos, pela capacidade de acreditar e investir em mim. A minha Mãe, pelo seu apoio e cuidado que me deram força para prosseguir. Ao meu Pai, por sua eterna presença me dando a certeza de que nunca estive sozinha nessa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a **Deus** por me mostrar que existe um tempo certo para cada coisa.

Ao meu orientador **Paulo Afrânio**, agradeço por traduzir em atitudes o significado da palavra orientação.

Agradeço ao professor **Vicente** por sua essencial colaboração com esse trabalho.

Aos **Professores e Colegas do MESP** pelos conhecimentos adquiridos durante as disciplinas e as trocas de saberes em sala de aula.

**AEEFFTO - UFMG**, em especial ao **Departamento de Terapia Ocupacional**, por atuarem como instituição parceira.

**Aos participantes da pesquisa** agradeço por dedicarem o tempo de vocês para a concretização desse projeto.

**A minha família, Mãe, Pai, Leo, Izabela, Paulo César, Wal**, pelo apoio e por acreditarem que eu sou capaz.

**Aos meus amigos, Junior, Erica, Mary, Mariana, Nath, Paola, Marcela, Débora, Helen, Desa, Lays, Mila, Wâni** por tornarem essa jornada mais leve, divertida e prazerosa!

Enfim, agradeço a cada um que contribuiu para esse sonho!

## **Epigrafe**

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos”.

Antoine de Saint-Exupéry

## RESUMO

A terapia ocupacional (T.O.) é uma profissão da área da saúde que existe há mais de um século. Entretanto, seja por leigos ou profissionais da saúde, a T.O. ainda é representada como mera ocupação ou como uma profissão que necessita de outro profissional para prescrever suas condutas, em que é possível destacar a falta de visibilidade da atuação do terapeuta ocupacional e o não aprofundamento nos conteúdos voltados às especificidades da profissão. O curso de T.O. alcançou o nível universitário em 1961; no entanto, ao final da década de 60, a formação do terapeuta ocupacional ainda estava ligada à ideia de um trabalho voltado para a reabilitação física. Apesar do amplo e crescente movimento sanitário brasileiro ocorrido na década de 70, das mudanças curriculares, da redemocratização e das mobilizações sociais e políticas ocorridas na década de 80, que tiveram forte impacto sobre os modelos de comunicação e serviços em saúde, a T.O. permaneceu limitada a um campo de objetivações que, ainda hoje, estigmatizam a profissão em sua área de atuação. Diante desse contexto, torna-se relevante compreender como os graduandos de T.O., e seus egressos, constituem subjetividades que são emblemáticas para a compreensão do campo formativo, uma vez que refletem a conformação do corpo discente ao saber reificado, próprio do domínio acadêmico, que amolda para além dos espaços do saber-conhecer a própria estrutura representacional do saber-fazer, aquilo que constituirá a base identitária vinculada às práticas desse profissional. Esse estudo tem como objetivo analisar as representações sociais dos acadêmicos e egressos do curso de T.O. acerca da sua profissão. Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa com delineamento de estudo de caso com recorte transversal e amostragem não aleatória, com dados coletados no mês de novembro e dezembro de 2014. Participaram do estudo, acadêmicos e egressos do curso de T.O. da UFMG (n=100). Para a coleta de dados foi aplicada a técnica de evocação livre de palavras, frente ao termo indutor ‘pensar na profissão de T.O.’ Os dados foram processados pelo *software* EVOC2005. As evocações presentes no quadro de quatro casas de Vergès foram processadas pelo programa *EVOC-Complex* para a identificação e comparação das evocações dos subgrupos presentes – acadêmicos dos períodos iniciais, finais e egressos. Foi possível encontrar duas evocações, *independência* e *autonomia*, com alta frequência nos três subgrupos analisados. Ainda, como possível presença no núcleo central, foram encontradas as evocações *reabilitação*, *ocupação*, *funcionalidade* e *cuidado*. A

verificação das palavras presentes na zona de contraste possibilitou identificar a evocação *inclusão* presente no subgrupo dos acadêmicos dos períodos iniciais, como uma importante representação emergente para eles, referida como a mais importante palavra evocada, no total das vezes em que foi citada. Para ampliação e mapeamento das evocações do quadro de quatro casas de Vergés, utilizou-se a análise hierárquica por similaridade e a análise de implicação ( $0.50 \leq 1$ ) processadas pelo *software* CHIC®. O *cluster* gerado pela análise de similaridade apresenta associações da atividade profissional de T.O. com a promoção da maior autonomia e independência do paciente (0,98), bem como a adaptação nas suas atividades diárias (0,56). O grafo apresentou uma associação entre os termos saúde e reabilitação (0,71) e, a associação dos termos ‘qualidade de vida’ (0,61), ‘funcionalidade’ (0,61) e ‘atividades de vida diária’ (0,71), aos termos que estão mais fortemente implicados, autonomia e independência (0,98). Conclui-se, que tanto discentes como egressos, seja pelos elementos funcionais ou normativos encontrados na centralidade e nas periferias das representações, caracterizam o profissional de T.O. como aquele que tem por atribuição promover maior adaptação, autonomia e independência aos pacientes atendidos. Este posicionamento emblemático salienta como os grupos estudados ancoram um caráter bastante ideológico voltado para as práticas do cuidado ao paciente, mas pouco crítico para a desconstrução de estigmas sociais (objetivações) que dificultam a transformação da própria realidade profissional em que a T.O. vê-se identificada. Seja pela estruturação curricular das disciplinas ofertadas, seja pela maior aproximação de discentes e egressos, faz-se de suma importância que os cursos incentivem debates entre serviços, demais profissionais de saúde e atores diretamente envolvidos no processo formativo, de maneira a refletir os vários aspectos que orientam e/ou desafiam a inovar à profissão de T.O.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Representação Social. Formação Profissional.

## ABSTRACT

Occupational therapy (OT) is a health care profession that exists for more than a century. However, for both lay people and some healthcare professionals, OT is still seen as merely an occupation, or as a profession that requires another professional to conduct their activities. Thus, it is possible to highlight the lack of visibility of the occupational therapist's activities, and the lack of clarity in defining these specific activities carried out by the OT. The OT course was introduced to universities in 1961, however at the end of the 60s, the formation of the occupational therapist was still associated with the idea of work focused on physical rehabilitation. Despite the large and growing Brazilian health movement that occurred in the 70s, the curriculum changes, democratization, and social and political movements that occurred in the 80s, OT remained limited in scope and is today stigmatized as a profession with a restricted area of expertise. In this context, it is important to understand how OT undergraduate students and graduated OT professionals, construct opinions that are critical for understanding their field of study, since they reflect the ability of the student body to "know-to-learn", characteristic of the academic domain, which aims to lead to the "know-to-do"; which then forms the identity base needed to practice OT. This study aims to analyze the social representations of academic and OT course graduates about their profession. It is a mixed cross-sectional study, using a non-random sampling, with data collected in November 2014. Study participants were academics and OT course graduates from the Federal University of Minas Gerais (UFMG) (n = 100). For data collection, we employed the free evocation of words technique, upon the use of the inducer term 'thinking of the OT profession'. Data were processed by EVOC2005 software. Evocations present in the framework of the "four houses of Vergès" were processed by EVOC-Complex program for the identification, and comparison of the evocations of the sub-groups - the students in early and late course semesters, and graduates. Two evocations appeared with high frequency in the three subgroups analyzed: independence and autonomy. Yet, the rehabilitation evocations "occupation, functionality and care" were found as possible components of the central core. The verification of words present in the contrast zone showed the evocation "inclusion" in the subgroup of academics from earlier periods, as an important emerging representation for them, referred to as the most important word evoked in all of times it was cited. For expansion and mapping of evocations of the frame four houses Vergès, we used the hierarchical analysis by similarity and implication analysis ( $0.50 \leq 1$ ) processed by CHIC® software. The cluster generated by the similarity analysis showed associations of the

professional activity of OT with the promotion of greater autonomy and independence of the patient (0.98) and adaptation to their daily activities (0.56). The graph showed an association between the terms 'health' and 'rehabilitation' (0.71), and the association of the terms 'quality of life' (0.61), 'functionality' (0.61) and 'daily activities' (0.71), to the terms that are most heavily involved, autonomy and independence (0.98). We conclude that both students and graduates, are the functional or regulatory elements found in central, and on the outskirts of, representations that characterize the OT professional as one who has the task of promoting greater adaptability, autonomy and independence to treated patients. This emblematic positioning highlights how the groups hold a very ideological impression of the patient care practice, but with little consideration of the construction of social stigmas (objectifications) that hinder the transformation of one's professional reality in which the occupational therapists identified. Either by changing the curricular structure of the disciplines, or by increasing contact between students and graduates, it is of paramount importance that the courses encourage discussions between services, other health professionals, and actors directly involved in the training process, to reflect the various aspects guiding the challenge to innovate the OT profession.

Keywords: Occupational Therapy. Social representation. Professional qualification.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Léxico apresentado em duas colunas pelo programa <i>Nettoie-EVOC</i> .....	36
Figura 2	- Fluxograma do processamento dos dados através do EVOC.....	37
Figura 3	- Modelo do quadro de quatro casas de Pierre Vergés.....	38
Figura 4	- Distribuições das frequências gerado pelo <i>Rangmot-EVOC</i> .....	42
Figura 5	- Quadro de quatro casas- distribuição pela frequência e ordem média de posição gerado pelo <i>Rangfrq-EVOC</i> .....	49
Quadro 1	- Análise de conteúdo: Unidade de significação.....	47
Gráfico 1	- Árvore Hierárquica de similaridade das categorias.....	51
Gráfico 2	- Grafo de Implicação das categorias gerada pelo CHIC®.....	54
Gráfico 3	- Contribuição dos indivíduos para constituição dos caminhos do Grupo A.....	55
Gráfico 4	- Contribuição dos indivíduos para constituição dos caminhos do Grupo B.....	56
Gráfico 5	- Contribuição dos indivíduos para constituição dos caminhos do Grupo C.....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de acordo com o perfil dos sujeitos.....	41
Tabela 2 -	Área de atuação dos egresso.....	41
Tabela 3 -	Distribuições das frequências das palavras para cálculo da frequência média.....	44
Tabela 4 -	Distribuições das frequências das palavras para cálculo da OME.....	45
Tabela 5 -	Comparação das evocações presentes no quadro de quatro casas entreos subgrupos pelo programa <i>Complex-EVOC</i> .....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AOTA	- American Occupational Therapy Association
ATO B	- Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil
AVD	- Atividade de Vida Diária
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CHIC®	- Classification Hiérarchique Classificatoire et Cohésive
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
COFITO	- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
EEFFTO	- Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
EVOC	- Essemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évocations
HC/USP	- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NSPOT	- National Society for Promotion of Occupational Therapy
OME	- Ordem Médica de Evocações
ONU	- Organização das Nações Unidas
PPP	- Projetos Políticos Pedagógicos
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
WFOT	- World Federation of Occupational Therapy

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
1.1.	Histórico da Profissão.....	17
1.2.	Contexto de Estudo.....	23
2.	REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO.....	27
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	32
3.1.	Natureza da Pesquisa.....	32
3.2.	Contexto de Coleta.....	32
3.3.	Sujeitos da Pesquisa.....	33
3.4.	Instrumento.....	34
3.5.	Aspectos éticos.....	35
3.6.	Procedimento de Análise de Dados.....	35
3.6.1.	<i>Questionário de Evocação Livre de Palavras.....</i>	35
3.6.2.	<i>Análise de Conteúdo.....</i>	39
4.	RESULTADOS.....	41
4.1.	Perfil dos Sujeitos.....	41
4.2.	Resultados Obtidos A Partir do EVOC.....	42
4.2.1.	<i>Resultados Obtidos A Partir do RANGFRQ/EVOC.....</i>	41
4.2.2.	<i>Resultados Obtidos A Partir do COMPLEX/EVOC.....</i>	47
4.3.	Resultados da Análise de Conteúdo.....	48
4.4.	Resultados Obtidos a partir do CHIC®.....	51
4.4.1.	<i>Resultados da Análise Hierárquica de Similaridade.....</i>	51
4.4.1.1.	<i>Similaridade maior ou igual a 0,99- Autonomia e Independência.....</i>	52
4.4.1.2.	<i>Similaridade maior ou igual a 0,94- Inclusão e Saúde.....</i>	52
4.4.1.3.	<i>Similaridade maior ou igual a 0,88- Cuidado e Qualidade de vida.....</i>	52
4.4.1.4.	<i>Similaridade maior ou igual a 0,81- Adaptação e AVD.....</i>	52
4.4.1.5.	<i>Similaridade maior ou igual a 0,72- Inclusão-Saúde e Reabilitação.....</i>	53
4.4.1.6.	<i>Similaridade maior ou igual a 0,60- Atividade e Ocupação.....</i>	53
4.4.1.7.	<i>Similaridade maior ou igual a 0,88- Cuidado- Qualidade de vida e</i>	

	<i>Funcionalidade</i> .....	53
4.4.2	<i>Resultados da Análise de Implicação</i> .....	54
5.	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>58</b>
6.	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>70</b>
	<b>ANEXO</b> .....	<b>76</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>86</b>

## INTRODUÇÃO

### 1.1 Histórico da Profissão

O percurso de uma profissão é o caminho do desenvolvimento das suas funções sociais, das suas construções teóricas e das técnicas e/ou práticas utilizadas, ou seja, o percurso das diferentes concepções de homem e sociedade (MEDEIROS apud CAVALCANTI, 2008). Assim a análise da evolução histórica da terapia ocupacional não pode ser isolada do contexto político e social em que ela se inscreve.

Partindo dessa compreensão, as raízes da profissão remetem a

[...] idéia de que a ocupação ou diversão de qualquer espécie é benéfica aos doentes [...]Observamos historicamente que a ocupação com o meio de tratamento remonta às civilizações clássicas. Os jogos, a música e os exercícios físicos foram utilizados por gregos, romanos e egípcios como medida de tratamento do corpo e da alma (FRANSCISCO, 2001, p. 22).

A terapia ocupacional teve sua gênese no reconhecimento científico da utilização da ocupação com fins terapêuticos no início do século XIX(FRANSCISCO, 2001). Esse ideal do uso da ocupação com fins terapêuticos se tornou o pressuposto central para o Tratamento Moral, um avanço fundamental para o tratamento de pessoas no âmbito da assistência psiquiátrica nas instituições totais(GORDON, 2011; LOW, 2008). O Tratamento Moral se baseava na suposição otimista que uma conduta humana que inseria a rotina diária e a ocupação, levaria a recuperação. Essa concepção surge a partir do questionamento de dois médicos, Phillipe Pinel e William Tuke, sobre o pensamento vigente que o doente mental era subumano.

Entretanto, o início formal da terapia ocupacional acontece nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos da América durante um encontro dos membros da National Society for Promotion of Occupatinal Therapy (NSPOT) – atualmente American Occupational Association (AOTA). Nesse encontro o termo terapia ocupacional foi introduzido pela primeira vez pelo organizador do evento George Barton (SCHWARTZ, 2002).

Somente coma entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra Mundial que a profissão foi reconhecida, fato crucial na história da terapia ocupacional que até este momento

focava principalmente o tratamento de pessoas com sofrimento mental. Apresenta-se outro objetivo aos “auxiliares de reconstrução”, minimizar os efeitos da guerra. Os auxiliares de terapia ocupacional, todos do sexo feminino, forneciam instruções sobre ofícios, atividades de autocuidado e lazer, aos soldados de frente de batalha com acometimentos físicos e mentais (MOREIRA, 2008).

A Segunda Guerra Mundial teve como consequência uma necessidade ainda maior de terapeutas ocupacionais, gerando de imediato novos programas de formação profissional, fazendo com que o número de auxiliares de reconstrução praticamente dobrasse nesse período (HOPKINS, 1978). Com esse aumento significativo, o campo da profissão passou por um crescimento e mudanças importantes. A ênfase sobre as atividades construtivas, como trabalhos manuais, deslocou-se para habilidades mais práticas ligadas ao trabalho e elevou a demanda para o tratamento de pessoas com comprometimentos físicos (SCHWARTZ, 2002).

O reconhecimento da terapia ocupacional e sua expansão se deram nesses momentos históricos, pois segundo Bezerra (2011) o papel da profissão ao intervir sobre os problemas de saúde que interferiam na produção capitalista contribuiu para a recuperação da força de trabalho, ou seja, reabilitou para o mercado as pessoas com comprometimentos físicos em virtude das guerras. Assim os terapeutas ocupacionais tiveram papel fundamental na reprodução da base de sustentação do capital, uma vez que, é a força de trabalho - em atividade -, que gera a mais-valia capitalista.

Enquanto em vários países a terapia ocupacional foi reconhecida em virtude da primeira guerra mundial, no Brasil não aconteceu dessa forma. Nas primeiras décadas do século XX o país se via com grandes problemas de ordem política e sanitária que inviabilizaram a instituição da profissão.

Nesse período, a preocupação das autoridades era de controlar as epidemias e endemias de febre amarela, varíola, tuberculose e peste, já que tais doenças comprometiam o avanço econômico do país ao dizimar populações. Frente a esse problema, o novo modelo de produção, o capitalismo, apontou para a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho (GALVÃO, 2009). Para tal, o governo instalou o modelo de intervenção sanitária que ficou conhecido como campanhista.

O modelo campanhista foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (POLIGNANO, s.d., p.1).

Apesar dos abusos cometidos, tal modelo obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, fortalecendo-o e tornando-o hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva (BERTOLLI FILHO,2008).

É somente na Era Vargas (1930-1945) que os objetivos das ações de saúde modificam. O presidente conhecido por governar o país com “mãos de ferro” apesar de ter seu governo marcado pela instituição da Ditadura Militar foi responsável pelos avanços no campo da saúde dos trabalhadores e da saúde coletiva. Desde o início de seu mandato foram estabelecidas políticas públicas que procuraram atingir o cotidiano das classes trabalhadoras. Muitos dos direitos ligados à seguridade social foram instituídos, as ações de saúde pública foram aprimoradas e serviços especiais para a educação em saúde foram criados durante as campanhas de educação popular.

A legitimação e o início das ações do terapeuta ocupacional inserem-se nesse momento específico da história, que marca o desenvolvimento da saúde em geral, e a terapia ocupacional, em particular (MALFITANO; FERREIRA, 2011).

Assim, no contexto brasileiro, a terapia ocupacional surgiu quando os programas de reabilitação profissional, de inspiração americana e européia, foram incorporados às ações governamentais do período do Governo Vargas, e institucionalizados, no âmbito da previdência social (BEZERRA, 2011).

Dessa forma, a institucionalização da profissão no Brasil acontece no período que se inicia em 1948 e termina em 1969 com reconhecimento da profissão como de nível superior. Com o envolvimento do Brasil na segunda guerra mundial a reabilitação dos soldados incapacitados se apresenta como oportunidade de expansão da profissão.

No ano de 1948, inicia-se a formação profissional por meio de cursos de treinamento em saúde mental ministrados por Nise da Silveira. Mas é somente no ano de 1951 que o primeiro curso para formação de terapeutas ocupacionais com duração de 12 meses é oferecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Já em 1956, ocorre nos cursos ofertados em São Paulo e Rio de Janeiro uma mudança no foco da formação de terapeutas ocupacionais enfatizando a reabilitação física.

Embora já houvesse registro do uso de ocupações em hospitais psiquiátricos os cursos recém criados, especialmente influenciados pela experiência norte-americana,

voltaram-se para a área física para atender à demanda crescente das entidades e serviços de reabilitação (GUIMARÃES; FALCÃO, 2004, p.64).

Ressalta-se que apenas cinco anos mais tarde, em 1961, ocorre a aprovação da Lei do Currículo Mínimo para os cursos de terapia ocupacional e fisioterapia que passam a ter duração de três anos e ganham status de nível universitário. Isso representou uma grande conquista para essas classes profissionais que adquiriram uma maior autonomia em detrimento da opinião da classe médica (DE CARLO e BARTOLOTTI, 2001; SOARES, 2007).

Contudo, apenas em 1969, ocorreu o reconhecimento da profissão como de nível superior, conjuntamente com a de fisioterapia, por meio da promulgação da lei de reconhecimento; criação de entidades técnico-científicas de terapia ocupacional; criação da entidade nacional - Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOB), extinta em 1985; e a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) em 1975.

Na década 70, as profissões da área de saúde, incluindo a terapia ocupacional, foram influenciadas por um amplo movimento sanitário que cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica desse movimento defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim, como uma questão social e política de responsabilidade do Estado. O movimento começou a se estruturar de maneira mais organizada em 1976 quando foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e em 1979 com a formação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambos propiciaram a base institucional para alavancar o movimento da Reforma Sanitária no país (PAIM *et al.*, 2011; FIGUEIREDO NETO *et al.*, s.d.).

No Brasil, crescia o debate sobre o direito à saúde, em um sentido mais amplo. Portanto, o direito à saúde significava a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado (FIGUEIREDO NETO *et al.*, s.d., p.3).

Contudo, a reforma só ganhou expressividade nos anos 80, quando

No setor da saúde os líderes do movimento sanitário passam a ocupar posições de destaque no âmbito político-institucional no país, coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdência (FIGUEIREDO NETO *et al.*, s.d., p.3).

Essa década foi marcada pelo clima de redemocratização, mobilização social, crise política, social e institucional que culminou na abertura política, maiores avanços e formação profissional na área da saúde. Especificamente para a terapia ocupacional é importante destacar a mudança no Currículo Mínimo em 1982, que amplia o curso para quatro anos (BRASIL, 1982). O novo currículo fortalece a especificidade da profissão, na medida em que ampliou o número de disciplinas tanto na área profissionalizante, quanto na de fundamentos de terapia ocupacional (EMMEL *apud* GUIMARÃES; FALCÃO, 2004).

Ainda nesse período, e em decorrência da Reforma Sanitária, ocorre em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual se aprova o conceito da saúde como um direito do cidadão e implementa o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que trata-se de um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais criando um sistema único de saúde separado da Previdência.

A 8ª CNS lança as bases para criação da seção exclusiva da saúde na Constituição 1988 que se torna um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". Ela foi fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública, e na criação dos alicerces para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual e enfrentou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas da previdência social. Entretanto, as disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios.

Ao longo de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS. No mesmo ano, foi realizada a primeira eleição direta para presidente da República, assumindo a presidência em janeiro de 1990, Fernando Collor de Mello. O governo Collor em 19 de setembro de 1990 promulgou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 que fundou o SUS e poucos meses depois lançou a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que "imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço" (FIGUEIREDO NETO *et al.*, s.d., p.4). O INAMPS co-existiu com SUS por três anos quando foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8.080 o SUS é constituído pelo “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, sendo permitida a participação da iniciativa privada em caráter complementar. Trata-se de uma nova formação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde que de forma alguma deve ser encarado como o sucessor do INAMPS e nem tampouco do SUDS.

O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p.4-5).

As ações do SUS se norteiam sob os princípios doutrinários da Universalidade, Integralidade e Equidade.

A mudança do paradigma do antigo binômio “saúde-doença”, inaugurada na Reforma Sanitária e instrumentalizada pelo Sistema Único de Saúde, influenciou diretamente no modelo de capacitação dos profissionais para a área da saúde e apontou para a necessidade de formação de recursos humanos para atuarem no SUS. Viu-se que o profissional chegava ao mercado de trabalho com habilidades técnicas desenvolvidas, na direção de um sistema de alta complexidade tecnológica, destituído, entretanto, de capacidade crítica para apreensão da realidade de saúde da população nos diferentes perfis epidemiológicos (HAHN; LOPES, 2003). A fim de modificar essa conjuntura uma

[...] sólida aproximação entre os Mistérios da Educação e da Saúde tem resultado em ações setoriais que articulam a política de educação e a política de saúde, com o objetivo de promover a formação de profissionais de saúde bem preparados para prestar uma atenção à saúde mais resolutiva e de melhor qualidade (CAMPOS *et al.*, 2010, p.25-36).

Ainda dentro do escopo da formação e do desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, o governo inicia a partir do ano 2000, iniciativas voltadas para as mudanças na graduação por meio da construção de projetos pedagógicos e currículos flexíveis e inovadores. Estes visam reorientar a formação no sentido de construir um perfil acadêmico e profissional com competências e habilidades para atuar na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Dentre essas políticas, destaca-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para área da saúde sugerida pelo CNE/CES 1.133, em 1 de outubro de 2001, que de forma inequívoca, pautam a

aproximação dos setores Educação e Saúde, trazendo para ambos o desafio da formação de profissionais aptos a atuarem com qualidade e resolubilidade no SUS (CAMPOS *et al.*, 2010).

Nesse contexto, uma nova adequação curricular para o curso de Terapia Ocupacional, denominada DCN do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, foi sugerida pelo CNE/CES 6, em 19 de fevereiro de 2002. Essa, ainda em vigor, implica as instituições de nível superior que oferecem o curso de terapia ocupacional a reestruturarem suas grades curriculares a partir dos parâmetros sugeridos nela. As DCN definem também os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de terapeutas ocupacionais.

Apesar de orientar as instituições na construção da grade curricular, as DCN asseguram às IES ampla liberdade na composição dos conteúdos e da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002), por meio dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) que definirão o melhor caminho para o processo de ensino-aprendizagem.

## **1.2. Contexto do Estudo**

O presente estudo tomará como contexto o curso de terapia ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Implantado em 1979, o curso teve como referência o primeiro Currículo Mínimo dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de 1961. Para atender o novo Currículo Mínimo, aprovado em 1983, o PPP sofreu reformulações em 1985 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional, 2008). Esse esteve vigente durante 25 anos, com algumas alterações curriculares pontuais, quando em 2010 foi implantado o novo PPP.

O novo currículo para o curso de terapia ocupacional surge da necessidade de se adequar às DCN do Curso de Terapia Ocupacional (2002) e aos Padrões Mínimos de Formação do Terapeuta Ocupacional proposto pela World Federation of Occupation Therapy (WFOT), e em decorrência “[da] defasagem e, em alguns momentos, da inadequação da formação do terapeuta ocupacional graduado na UFMG” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional, 2008, p.2). Aliada a essa realidade, observou-se também a necessidade do curso acompanhar as tendências atuais das políticas públicas e sociais no Brasil, buscando atender às necessidades de saúde da população brasileira (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional, 2008).

Para promover tal mudança a comissão formada por docentes do curso solicitou uma avaliação da formação do terapeuta ocupacional graduado na UFMG, sob as seguintes categorias de análise:

- Avaliação da formação profissional e do currículo do curso de terapia ocupacional em vigor pelo corpo docente do departamento de terapia ocupacional/UFMG;
- Avaliação da formação profissional e do currículo do curso de terapia ocupacional em vigor pelo corpo discente;
- Avaliação da formação profissional e do currículo do curso de terapia ocupacional em vigor pelos terapeutas ocupacionais inseridos no mercado de trabalho em Belo Horizonte- MG;
- Análise do Relatório de Avaliação da Comissão Externa do Curso de Terapia Ocupacional/UFMG.
- Análise dos currículos dos cursos de terapia ocupacional existentes no país.

A partir da análise da formação vigente pelas diversas fontes, pontos de convergência foram encontrados, e para esse estudo cabe destacar os seguintes:

- Falta de visibilidade da atuação do terapeuta ocupacional;
- Fragilidade do perfil profissional;
- Falta de aprofundamento nos conteúdos específicos da profissão.

O estudo de Branco (2003) com profissionais de terapia ocupacional na cidade de Recife corrobora o levantamento realizado pela UFMG, ao dizer que a repercussão desse profissional na sociedade é marcada ora por um desconhecimento sobre a profissão, ora pelo reconhecimento estigmatizado (a terapia ocupacional sendo entendida como mera ocupação) que a desvaloriza e faz com que seus profissionais se sintam desqualificados ou, mesmo, desacreditados. Carvalho (2012) sugere que na medida em que a terapia ocupacional intervêm com populações que podem ser consideradas grupos “estigmatizados”, ela pode, por consequência, ocupar também esse lugar.

O desconhecimento acerca da profissão parece ser um incômodo para os profissionais, tanto que em um estudo junto aos terapeutas ocupacionais que atuam no SUS na cidade do Rio de Janeiro, foi constatado que 24% dos profissionais entrevistados apontaram a falta de reconhecimento da profissão como o principal desafio em sua prática (CARVALHO, 2010).

Furtado citado por Branco (2003) ao pesquisar como profissionais da área de saúde, pacientes e alunos do curso de terapia ocupacional da Faculdade de Ciências da Saúde do Instituto Porto Alegre concebiam a terapia ocupacional, apontou que a visão dos sujeitos da pesquisa a respeito dessa profissão, era marcada pelo “estabelecimento de um estereótipo de que o doente tem que se manter ocupado, pois assim ele se distrai, não pensa nos problemas, não se torna uma ameaça à família e à instituição” (BRANCO, 2003, p.17).

Enquanto a maioria das profissões é definida em poucas palavras, a terapia ocupacional se perde em longas definições, muitas vezes incompreensíveis. A forma como algumas associações de classe e profissionais definem a terapia ocupacional chega a ser um problema para a formação da identidade do profissional (CANIGLIA, 2005). De acordo com Nickel (2007), nas definições existentes para a terapia ocupacional, observa-se que grande parte delas busca mostrar o que é a profissão com foco em seus recursos terapêuticos e nas inter-relações possíveis, sendo que poucas focam o objeto de estudo da profissão.

Em 1990, o estudo de Lycett citado por Carvalho (2010), realizado na Inglaterra, com o objetivo de compreender como os terapeutas ocupacionais definiam sua profissão, concluiu que não existia uma abordagem comum na explicação de terapia ocupacional e mais da metade dos participantes referiram ter dificuldades em explicar o seu trabalho.

Branco (2003) sugere que devido ao fato da prática da terapia ocupacional não ter nascido “obviamente, de terapeutas ocupacionais e sim de outros profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais” (MACHADO *apud* BRANCO, 2003, p.8), permite uma reflexão a respeito da ausência de especificidade no corpo de conhecimento da terapia ocupacional, o que certamente influencia a forma como a sociedade concebe esta atividade.

Além disso, o corpo de conhecimento da terapia ocupacional tem sido frequentemente relacionado à prática exercida pelos terapeutas ocupacionais, práticas, no entanto, que também não teria especificidade própria desde que reconhecidamente já utilizadas por outros profissionais - professores e psicólogos - como, por exemplo, atividades lúdicas e recreativas (BRANCO, 2003, p.8).

Lycett citado por Carvalho(2010) concorda ao demonstrar que as palavras mais frequentemente usadas pelos profissionais para definir a profissão, como independência e reabilitação, não diferenciavam a terapia ocupacional das outras profissões da saúde. Em 2005, Farinha e Silva citado por Carvalho (2010) encontraram resultados semelhantes ao estudarem a identidade profissional dos terapeutas ocupacionais portugueses. Nesse estudo, apesar de os terapeutas ocupacionais referirem, com maior frequência, palavras que remetem

para uma cultura mais atual da profissão (atividade e autonomia), estas foram partilhadas apenas por 20 % a 30% dos entrevistados, o que retrata a falta de uma linguagem uniforme entre os profissionais.

Apesar de ser uma profissão historicamente constituída que buscou autonomia enquanto classe profissional e no decorrer dos anos vêm buscando legitimar sua prática, os estudos supracitados revelam como a terapia ocupacional ainda é afetada pelo desconhecimento social, pela polissemia que caracteriza sua conceituação, e como os seus modelos de formação remetem a orientações diversas e influenciam, certamente, a construção da identidade profissional dos terapeutas ocupacionais.

Nesse contexto, estudos que tratem identificar o porquê da profissão ter dificuldades para se representar enquanto ciência e prática, que encontrem as lacunas na formação dos terapeutas ocupacionais e que identifiquem as representações da profissão em seu papel social e profissional, se fazem necessários para responder questionamentos como: Quais as representações que essa profissão tem nas diferentes áreas que atua? Como a identidade do profissional é afetada por essas representações? Qual o impacto essas representações exercem na formação de novos terapeutas ocupacionais? Como essas representações influenciam na delimitação do campo de atuação frente a outros profissionais?

Diante dessas questões o presente estudo tem como objetivo geral conhecer as representações dos estudantes e egressos do curso de terapia ocupacional da UFMG sobre sua profissão, buscando identificar diferentes estágios de constituição dessas representações ao longo do processo de formação e atuação profissional. E como objetivo específico identificar as dificuldades deste profissional em se representar e encontrar as lacunas da sua formação. A fim de dar bases teóricas a esse trabalho optou-se pela Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (2003) e pela abordagem estrutural de Jean-Claude Abric (1976) que privilegia a dimensão cognitiva das representações.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O ponto de partida para compreender o referencial teórico-metodológico das representações sociais de Serge Moscovici e a Teoria de Núcleo Central de Abric é o conceito das representações coletivas formulado por Durkheim. Para este autor as representações coletivas eram vistas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de impor comportamentos que ajudaria a integrar e a conservar a sociedade como um todo. Durkheim aponta que elas não se reduzem à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade, ao contrário,

As formas coletivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conformam-se a elas. São coisas que têm existência própria. O sujeito sofre a pressão das representações dominantes na sociedade e nada pode fazer para que sejam ou não diferentes do que são (DURKHEIM *apud* HERZLICH, 2005, p.58).

Moscovici renovou a análise das representações coletivas e desenvolveu, na perspectiva da psicologia social, o estudo das representações sociais apresentado no trabalho *La Psychanalyse: Son image et son public* (1961). Explorou a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas e enfatizou que por serem produzidas e apreendidas no contexto das comunicações, as representações sociais são necessariamente estruturas dinâmicas. É essa característica de flexibilidade e permeabilidade que as distingue, do caráter estático das representações coletivas formuladas por Durkheim. Apesar da gênese da representação social estar vinculada à representação coletiva, reduzir a psicologia social de Moscovici a uma variante da sociologia durkheimiana seria um erro.

A complexidade da noção das representações sociais faz com que apresentar uma simples conceitualização formal e sintética se torne uma tarefa difícil. Moscovici (1976, p.39) comenta que “se a realidade das representações sociais é fácil de captar, o conceito não é”, e admite que “a noção de representações ainda nos escapa” (MOSCOVICI, 1976, p.61). Aceitando o problema, Ibañez citado por Sá (2002, p.32) identifica como uma das dificuldades para definição do conceito a “sua composição polimorfa, já que recolhe e integra toda uma série de conceitos que apresentam, cada um deles, um alcance mais restrito que o próprio conceito de representações sociais”. Spink (1993, p.306) acrescenta que as representações sociais, enquanto objeto de estudo não devem ser vistas como conteúdo, mas como processo. “Processo entendido não como mero processamento de informações e elaboração de teorias,

mas como práxis; ou seja, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na criação e na manutenção de uma determinada ordem social”.

Nesse contexto, Moscovici não apresenta definições fechadas sobre o que sejam representações sociais, podemos dizer que ele tece comentários que buscam esclarecer a pluralidade de sentidos do termo. Assim as representações sociais podem ser compreendidas como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientar-se em seu mundo material e social e contorná-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhe um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976, p.13).

Alguns autores propõem definições para as representações sociais, que devido ao caráter genérico dos termos e como eles se relacionam, não parece comprometer a complexidade do conceito (SÁ, 2002). Portanto, para Jodelet (2001, p.22) representação social é “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Ainda diz que podem ser:

Igualmente designadas como saber de senso comum ou saber ingênuo, natural. Esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001, p.22).

Segundo Moscovici (2013, p.54), “A finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar”. Isso ocorre em virtude do não familiar ser potencialmente ameaçador, e assim haver um constante esforço para tornar comum e real algo que é incomum. Esse movimento nos permite superar o problema e integrar a resolução ao nosso mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado (MOSCOVICI, 2013). Para tal são necessários dois mecanismos, a *ancoragem* e a *objetivação*.

A ancoragem é o processo de transformar algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o comparar com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada (MOSCOVICI, 2013). Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa; é apanhar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns e colocá-las em um contexto familiar.

Já objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem; é transformar algo abstrato em algo quase concreto; é transferir o que está na mente em algo que existe no mundo físico (MOSCOVICI, 2013). Esses dois processos específicos procuram dar conta da estruturação das representações em seus componentes simbólicos e figurativos.

Não é difícil conceber que desses esquemas parcimoniosos se possa extrair a explicação para produção dos efeitos funcionais de compreensão e explicação da realidade, de definição da identidade grupal, da orientação dos comportamentos e das práticas de justificação das tomadas de posição. Eles repousam em última análise sobre a dinâmica da familiarização que rege os processos formadores das representações (SÁ, 2002, p.48).

As representações sociais enquanto um novo referencial de interpretação dos fatos e fenômenos do cotidiano teve a adesão de vários pesquisadores que por meio de seus estudos consolidaram suas ideias e contribuíram para a divulgação dessa teoria, sintetizada por Doise, citado por Sá (2002, p.50), como sendo “[...] basicamente uma teoria geral sobre metassistemas de regulações sociais que intervém sobre o sistema de funcionamento cognitivo”. Independente das instâncias das representações sociais focalizadas, essa concepção genérica da teoria se mantém, embora, como esse mesmo autor afirma, que ela deva ser completada por descrições mais detalhadas de processos compatíveis com a teoria geral.

Nesse contexto, Flamant discute a teoria do núcleo central de Abric (1976) que constitui uma abordagem complementar da teoria das representações sociais com o intuito de tornar a “grande teoria” “[...] mais heurística para prática social e para a pesquisa” (FLAMENT *apud* SÁ, 2002, p.51). Ela é, de fato, como não poderia deixar de ser, uma teoria menor, mas também é uma das maiores contribuições atuais ao refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sociais (SÁ, 2002).

Para Abric (2003), uma representação social é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; que constitui um sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico.

O núcleo central é um subconjunto da representação, composto de um ou alguns elementos, sempre em quantidade limitada. Abric (2003) afirma que ele assegura o cumprimento de três funções essenciais:

- Função geradora: “ele é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação de outros elementos constitutivos da representação. É por ele que esses elementos tomam um sentido, um valor” (SÁ, 2002, p.70);
- Função organizadora: “é o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. Ele é nesse sentido o elemento unificador e estabilizador da representação” (ABRIC *apud* SÁ, 2002, p.70);
- Função estabilizadora: “constitui o elemento mais estável da representação, aquele que lhe assegura perenidade em contextos móveis e evolutivos” (ABRIC *apud* SÁ, 2002, p.70).

Portanto, mediante a essas três funções,

O núcleo central determinando o significado, a consistência e a permanência, vai então resistir às mudanças, visto que toda modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. Além disso, para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos diferentes. A identificação do conteúdo de uma representação não seria suficiente para se conhecê-la e defini-la; a organização que é essencial: duas representações podem ter o mesmo conteúdo e, entretanto, serem radicalmente diferentes, se a organização desse conteúdo for diferente. Duas representações serão consideradas idênticas se forem organizadas em torno de um mesmo núcleo central, mesmo se o conteúdo for extremamente diferente (ABRIC, 2003,p.38).

Obviamente, o núcleo central, por mais importante que seja o seu papel na definição do significado de uma representação social e na organização dos seus demais elementos, chamados “periféricos”, não esgota o conteúdo e as formas de funcionamento da representação na vida cotidiana. No intento de compreender tal funcionamento é indispensável conhecer e discutir o sistema periférico

Esse é caracterizado por ser bem menos limitante, ele é mais leve e flexível. É a parte mais acessível e mais dinâmica da representação. Seu papel é essencial e pode ser resumido nas seguintes funções:

Sua primeira função é a *concretização* do sistema central em termos de tomadas de posições ou de condutas. Contrariamente ao sistema central ele é mais sensível e determinado pelas características do contexto imediato. Ele é [...] mais flexível que os elementos centrais, assegurando assim uma segunda função: a de *regulação* e de *adaptação* do sistema central aos constrangimentos e às características da situação concreta à qual o grupo se encontra confrontado. Ele é um elemento essencial nos mecanismos de defesa que visa proteger a significação central da representação. É o sistema periférico que vai inicialmente absorver as novas informações ou eventos suscetíveis de colocar em questão o núcleo central.

Por outro lado, e é essa sua terceira função, o sistema periférico permite uma certa modulação individual da representação. Sua flexibilidade e sua elasticidade permitem a integração na representação das variações individuais ligadas à história

própria do sujeito, a suas experiências pessoais, ao seu vivido. Ele permite assim a elaboração de *representações sociais individualizadas* organizadas não obstante em torno de um núcleo central comum (ABRIC *apud* SÁ, 2002,p.74).

Resumindo o sistema central é estável, coerente, consensual e historicamente determinado; e o sistema periférico é, por sua vez, flexível, adaptativo e relativamente heterogêneo quanto ao seu conteúdo.

Abriç (2003), conclui dizendo que procurar o núcleo central, é então, procurar a raiz, o fundamento social da representação, que, em seguida modulará, se diferenciará e se individualizará no sistema periférico, que corrobora com o objetivo desse estudo.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Natureza da pesquisa**

Estudo de natureza quanti-qualitativa com delineamento de estudo de caso com recorte transversal e amostragem não aleatória.

#### **3.2 Contexto de coleta**

Os dados foram coletados na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da UFMG e via redes sociais. O local da pesquisa foi estipulado em virtude do curso de terapia ocupacional da UFMG ser um dos mais bem conceituados no país, atrelado a conveniência do pesquisador.

A disponibilidade e facilidade de diálogo com a Diretoria da EEFFTO, com o Departamento de Terapia Ocupacional e com o Colegiado de Terapia Ocupacional somado a organização e colaboração dos docentes para a realização do trabalho em campo, permitiram que a coleta de dados com os acadêmicos dos anos iniciais e finais acontecesse sem nenhuma resistência.

A primeira visita à instituição ocorreu para o esclarecimento do objetivo da pesquisa e obtenção do consentimento da Diretoria da EEFFTO e do Colegiado de Terapia Ocupacional. Após autorização, a aplicação dos questionários foi realizada no mês de novembro de 2014.

Para a participação dos egressos o caminho precisou ser diferente. Utilizando-se das redes sociais os egressos graduados entre os anos de 2011 e 2013 foram convidados a participar do estudo. Para os que aceitaram a participar, os questionários foram aplicados por meio das redes sociais, nos meses de novembro e dezembro de 2014.

### 3.3 Sujeitos da Pesquisa

O universo do presente estudo foi composto por discentes e egressos do curso de terapia ocupacional da UFMG. Para composição da amostra foram identificados e estabelecidos segundo os objetivos da pesquisa três grupos:

- 34 acadêmicos do primeiro ano (1º e 2º período) do curso de terapia ocupacional
- 34 acadêmicos do último ano (7º e 8º período) do curso de terapia ocupacional,
- 32 egressos formados entre 2011 e 2013.

Totalizando 100 participantes

A distribuição da amostra em três grupos tem por finalidade verificar as possíveis alterações das representações ao longo do processo formativo. Nesse sentido, espera-se que os alunos ingressantes tenham representações mais próximas do senso comum, os formando representações mais próximas do PPP do curso e os egressos representações mais próximas dos contextos das práticas profissionais.

Os acadêmicos do primeiro e último ano do curso que participaram do estudo obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- Estar regularmente matriculado em um dos anos do estudo;
- Estar regularmente matriculado no novo currículo, vigente a partir de 2010;
- Concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Não ser filho (a) de terapeuta ocupacional

Já os egressos obedeceram aos seguintes critérios:

- Ter sido acadêmico do curso de terapia ocupacional da UFMG durante toda a graduação;
- Ter graduado entre 2011 e 2013;
- Estar atuando como terapeuta ocupacional;
- Concordar em participar do estudo e assinar o TCLE

No período de realização da pesquisa o número de acadêmicos do primeiro ano totalizava 66 e do último ano 70. Os acadêmicos que não foram incluídos na amostra não obedeceram aos critérios de inclusão ou não tinham disponibilidade para participar do estudo. Objetivando deixar os três grupos que compõe a amostra homogênea o total de egressos que participaram da pesquisa foram 32 sujeitos.

A participação na pesquisa foi voluntária, tendo ocorrido após a apresentação da pesquisadora e exposição do objetivo do estudo aos participantes. Para os acadêmicos, a aplicação do questionário se deu em horário de aula após acordado com o coordenador do curso datas em que houvesse atividades avaliativas a fim de garantir o maior número de participantes. No caso dos egressos a apresentação se deu através das redes sociais.

### 3.4 Instrumento

O instrumento utilizado foi o questionário de evocação livre de palavras, construído a partir da Técnica Associação Livre de Palavras proposta por Vergés (*apud* OLIVEIRA *et al.*, 2005).

O questionário foi dividido em três partes. A primeira, com informações como: faixa etária, sexo, período da graduação, ano de graduação área de atuação. A segunda parte incluiu as evocações livres de palavras, que buscou apreender as representações dos sujeitos do estudo frente ao termo indutor: *Pensar na profissão de terapia ocupacional*. Já a terceira consistiu em solicitar aos participantes que apresentassem uma justificativa da escolha da palavra mais importante.

A aplicação dessa técnica consiste em solicitar aos participantes que escrevam cinco palavras ou expressões que lhes venham à mente frente ao termo indutor e em seguida, elejam sinalizando com um asterisco, qual da palavra que considera a mais importante e o porquê. O motivo para cinco evocações é que uma quantidade que exceda seis palavras permite, “um declínio na rapidez das respostas, evidenciando um trabalho mental lógico para as produções subsequentes, descaracterizando o caráter natural e espontâneo das evocações livres”(OLIVEIRA *et al.*,*apud* BRITO, 2008, p.56-57). Por outro lado, com um número menor do que cinco, há “o risco de obter uma quantidade de dados insuficientes, que poderá imprimir um viés ao estudo, interferindo no resultado final” (OLIVEIRA *et al.*, *apud* BRITO, 2008, p. 57).

Os questionários foram aplicados de forma coletiva em local apropriado (sala de aula). As instruções foram dadas ora em grupo, ora individualmente, obedecendo às circunstâncias. Já para os egressos os questionários foram aplicados individualmente via redes sociais em tempo real por meio de chat, cujas instruções foram dadas obedecendo ao mesmo procedimento utilizado com os acadêmicos.

Em novembro de 2014 foi realizado um estudo piloto com os acadêmicos do quarto período para a adequação do instrumento utilizado. Esse permitiu os ajustes necessários tanto na estrutura do questionário como na aplicação.

### **3.5 Aspectos éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros conforme recomenda a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após a sua aprovação os participantes da pesquisa foram contatados e informados sobre os objetivos do estudo por meio do TCLE, que depois de lido e discutido foi assinado selando o compromisso, de ambas as partes, pesquisador e participante, com os procedimentos da pesquisa. Foi garantido também aos participantes, o direito de retirada da autorização para o uso das informações produzidas em qualquer etapa de desenvolvimento do estudo.

Em todo o processo de coleta, análise e publicação dos dados foram respeitados os princípios de anonimato dos participantes. As informações obtidas nesse estudo serão para fins exclusivos da pesquisa.

Em relação à instituição na qual foi realizada a coleta de dados, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, foi solicitada autorização por meio de carta de aceite (APÊNDICE 3).

### **3.6 Procedimento de análise de dados**

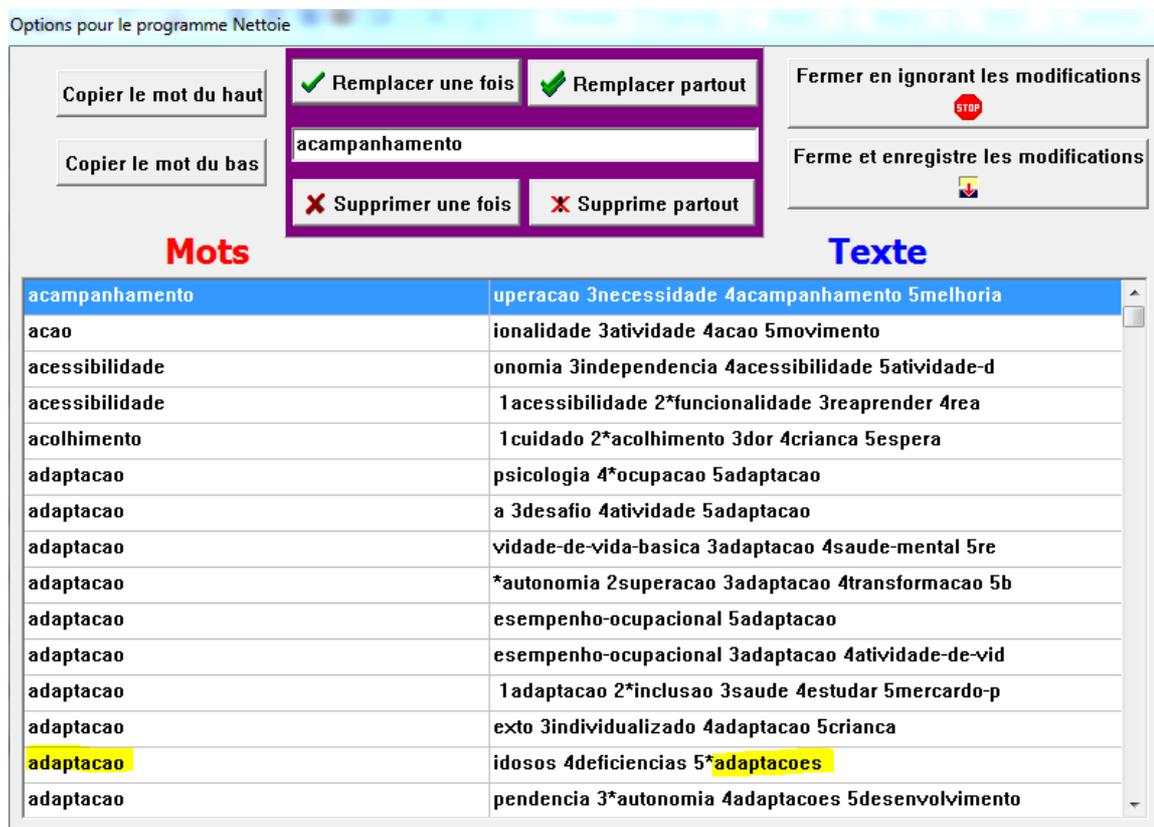
#### **3.6.1 Questionário de evocação livre de palavras**

Os dados do perfil dos participantes e os termos evocados foram transcritos para o programa *Microsoft Office Excel 2007*, o que permitiu a confecção de uma planilha para a adequação do banco de dados necessária para o processamento e análise pelo software *Essemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évocations* (EVOC- Conjunto de programas para a análise de evocações) versão 2005.

O software EVOC é um conjunto de programas ordenados para o processamento e análise matemática de evocações (VERGÉS *Sapud* SARUBBI JUNIOR *et al.*, 2013). O

tratamento dos dados inicia pelo *Lexique* (o vocabulário), posteriormente temos o *Trievoc/Nettoie/ Trievoc*, que é a triagem do banco de dados. Nessa etapa de limpeza do banco de dados a pesquisadora pôde substituir palavras com significados semelhantes em um único termo considerando a contextualização em que eles aparecem, tornando o banco de dados mais robusto (FIGURA 1).

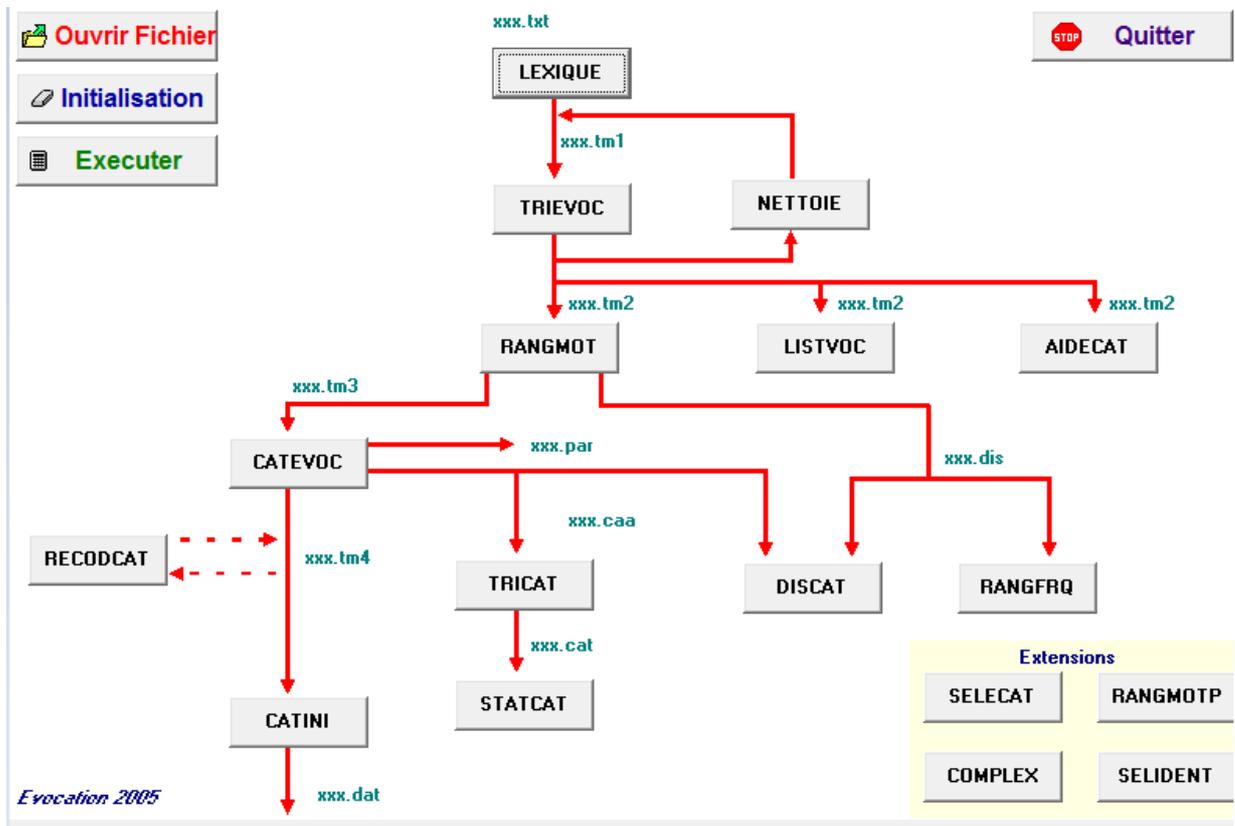
Figura 1- Léxico apresentado em duas colunas pelo programa *Nettoie-EVOC*. À esquerda o termo substituído, à direita o termo evocado.



Fonte: EVOC, 2005.

Os dados posteriormente são processados pelos programas *Rangmot* (frequência e distribuição de níveis de cada palavra); *Listevoc* (Listagem de cada evocação); *Aidecat* (análise das palavras mais frequentes) e *Rangfrq* (construção do quadro de quatro casas criado por Pierre Vérge) (FIGURA 2).

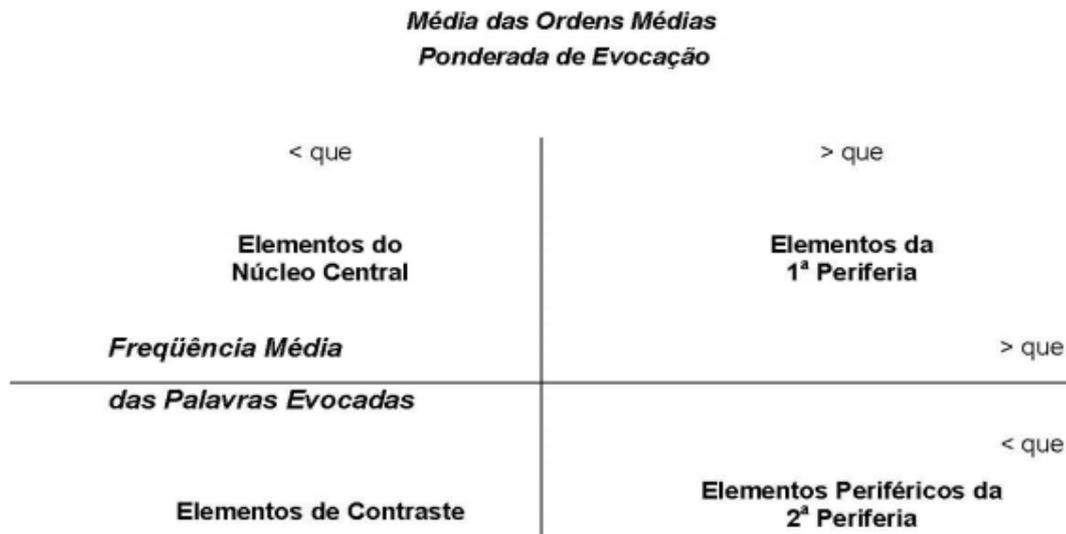
Figura 2- Fluxograma do processamento dos dados através do EVOC.



Fonte: EVOC, 2005.

O quadro de quatro casas (FIGURA 3), criado por Pierre Vergès (*apud* OLIVEIRA *et al.*, 2005) descreve o núcleo central (elementos mais frequentes e mais importantes situados no quadrante superior esquerdo); os elementos intermediários ou 1ª periferia (elementos periféricos mais importantes situados no quadrante superior direito); os elementos de contraste (com baixa frequência, mas considerados importantes pelos sujeitos, situados no quadrante inferior esquerdo); e os elementos periféricos da representação ou 2ª periferia (elementos menos frequentes e menos importante, localizados no quadrante inferior direito), organizados de acordo com a frequência mínima e a ordem média de evocações (OME).

FIGURA 3- Modelo do Quadro de quatro casas de Pierre Vergés



Fonte: OLIVEIRA *et al.*, *apud* BRITO, 2008.

O software ainda possui outros programas que permitem vários tipos de cruzamento dos dados, fornecendo diferentes resultados. Para esse estudo foi utilizado o programa *Complex*, através do qual foi possível trabalhar com os dados de diferentes arquivos de forma a compará-los (dois arquivos por vez) (SARUBBI JUNIOR *et al.*, 2013). Assim o arquivo contendo todas as evocações foi comparado aos três subgrupos presentes – acadêmicos dos períodos iniciais, finais e egressos.

Para ampliação e mapeamento das evocações encontradas no quadro de quatro casas de Vergès, utilizou-se a **análise hierárquica por similaridade** e a **análise de implicação** processadas pelo *software* Classification Hiérarchique Classificatoire et Cohésitive - CHIC® (Versão 4.1).

O software CHIC® permite realizar a análise de dados a partir de variáveis binária, modal ou intervalar. Segundo COUTURIER e cols. (2004), o software CHIC® tem por função extrair um conjunto de dados por regras de associação entre variáveis – o cruzamento dos sujeitos e de seus atributos (variáveis) – capaz de fornecer um índice de qualidade de associação e representar uma estruturação das variáveis obtidas por meio destas regras (SARUBBI JUNIOR, 2012,p.32).

Os sujeitos e os termos presentes no quadro de quatro casas foram transcritos para o programa *Microsoft Office Excel 2007*. Cada vez que um sujeito evocava um dos termos presentes no quadro de quatro casas escrevia-se 1, e cada vez que ele não evocava um dos termos presentes no quadro de quatro casas escrevia-se 0. Esse procedimento foi necessário para a confecção de uma planilha que fosse adequada para o processamento e análise pelo software CHIC®, a partir das variáveis binárias, gerando análises matemáticas -Análise de Classificação Hierárquica de Similaridade e Análise de Implicação- que auxiliaram a interpretar os dados obtidos.

Ao processar os dados pela análise de similaridade, as variáveis (termos evocados) formaram árvores hierárquicas de similaridade. Os resultados são apresentados pelas imagens das árvores hierárquicas geradas pelo software CHIC® que descrevem as classes e subclasses hierarquizadas segundo o grau de similaridade  $\geq 0.50$  e  $\leq 1.0$  entre as variáveis analisadas. Quanto mais similaridade há entre os termos, mais próximo de 1.0 eles se encontram.

Pela análise de implicação, formou-se um grafo que contém vetores que indicam a força da correlação entre as variáveis analisadas.

Os vetores exibidos pelo software CHIC® especificam o índice de implicação  $\geq 0.50$  e  $\leq 1.0$ , em que uma variável está associada (implicada) à outra (COUTURIER, GRAS; COUTURIER *et al.*, *apud* SARUBBI JUNIOR, 2012, p.34).

### **3.6.2 Análise de conteúdo**

O método utilizado para a análise dos dados transcritos das questões abertas presentes no instrumento de coleta foi à análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). O procedimento da análise de conteúdo se iniciou pela pré-análise. Essa etapa se trata de uma fase de organização, que visa a sistematizar as primeiras ideias. É composta por quatro etapas: escolha dos documentos a serem analisados; construção de um *corpus* de análise; formulação de hipóteses e objetivos; e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados (BARDIN, 2011).

Posteriormente, os dados foram classificados por meio do processo de categorização, que consiste no agrupamento em classes de elementos convergentes em seus traços característicos. Para que a categorização seja eficiente tais critérios foram obedecidos:

exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objetividade e fidelidade e produtividade (BARDIN, 2011):

- Exclusão mútua: um elemento não pode existir em mais de uma classe;
- Homogeneidade: uma única propriedade deve governar uma classe, ou seja, em uma categoria, somente uma propriedade pode servir como requisito para abrigar ou não determinado registro;
- Pertinência: uma categoria para ser considerada pertinente necessita estar em sintonia com o material de análise e com a teoria que fundamenta a pesquisa;
- Objetividade e fidelidade: devem-se aplicar os mesmos critérios de análise para cada parte de cada material;
- Produtividade: um processo de categorização é tido como produtivo quando fornece resultados férteis no que tange os índices de inferência.

Ressalta-se que a análise de conteúdo é uma entre as diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto, adotando normas sistemáticas de extrair significados temáticos ou os significantes lexicais, por meio dos elementos mais simples do texto (SILVA *et al.*, 2009).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Resultados do Perfil dos sujeitos

Participaram do estudo 34 discentes no primeiro ano do curso, 34 discentes do último ano e 32 egressos. Nestes grupos a maioria dos indivíduos era do sexo feminino com idade entre 18 e 20 para os iniciantes e acima de 24 anos para os outros dois subgrupos. Para o último, os egressos, houve um predomínio nas áreas de desenvolvimento infantil e saúde mental no que se refere a sua área de atuação (TABELA 1).

TABELA 1-Indicadores dos sujeitos nas três subcategorias

	<b>Iniciantes (n=34)</b>	<b>Finais (n=34)</b>	<b>Egressos (n=32)</b>
<b>SEXO</b>			
Masculino	9%	6%	9%
Feminino	91%	94%	91%
<b>IDADE</b>			
Entre 18 e 20 anos	53%	0%	0%
Entre 21 e 23 anos	23,5%	44,1%	0%
Acima de 24 anos	23,5%	55,9%	100%

TABELA 2- Área de atuação dos egressos

	<b>Egressos (n=32)</b>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	
Desenvolvimento Infantil	34,3%
Gerontologia	12,5%
Saúde Mental	31,2%
Reabilitação Física	12,5%
Terapia Ocupacional Social	6,2%
Sem área específica	3,1%

## 4.2 Resultados obtidos a partir do EVOC

Os resultados se deram a partir do *Lexiquee* o *Trievoc*, que indicaram que todos os sujeitos (n=100) evocaram as 5 palavras, totalizando 500 evocações. Observou-se que todas foram processadas, apontando que o banco de dados foi construído de maneira correta. Essas palavras foram organizadas no *Nettoie* permitindo que o pesquisador padronizasse a escrita das palavras evocadas considerando a contextualização em que elas aparecem. Posteriormente, os dados foram processados pelo *Rangmot*, onde das 500 palavras evocadas, 213 eram diferentes (FIGURA 4.)

FIGURA 4 - Distribuições das frequências gerado pelo *Rangmot*-EVOC do banco acumulado

```

Nombre total de mots differents : 213
Nombre total de mots cites      : 500

moyenne generale des rangs : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. * nb. mots * Cumul evocations et cumul inverse
  1 * 161 161 32.2 % 500 100.0 %
  2 * 19 199 39.8 % 339 67.8 %
  3 * 12 235 47.0 % 301 60.2 %
  4 * 5 255 51.0 % 265 53.0 %
  5 * 3 270 54.0 % 245 49.0 %
  7 * 1 277 55.4 % 230 46.0 %
 10 * 3 307 61.4 % 223 44.6 %
 12 * 1 319 63.8 % 193 38.6 %
 14 * 1 333 66.6 % 181 36.2 %
 16 * 2 365 73.0 % 167 33.4 %
 18 * 1 383 76.6 % 135 27.0 %
 25 * 1 408 81.6 % 117 23.4 %
 29 * 1 437 87.4 % 92 18.4 %
 31 * 1 468 93.6 % 63 12.6 %
 32 * 1 500 100.0 % 32 6.4 %

```

Fonte: EVOC, 2005

#### 4.2.1. Resultados obtidos a partir do Rangfrq/EVOC

Após as distribuições das frequências pelo *Rangmot*, os dados foram processados pelo *Rangfrq/EVOC* gerando o quadro de quatro casas de Pierre Vêrges. Para sua construção, primeiramente, foi necessário encontrar os valores das *fréquence minimale* (frequência mínima), *fréquence intermédiaire* (frequência média) e o *rangmoyen* (ordem média de evocação).

A frequência mínima aceita deve corresponder ao valor mais próximo de 50% do banco acumulado, gerado pelo programa *Rangamot/EVOC*. Nesse estudo o valor correspondente é o 5 (FIGURA 4).

Já a frequência média é calculada através da mediana que é uma medida de localização do centro da distribuição dos dados. Para encontrá-la, os elementos da amostra são ordenados e divididos ao meio, isto é, 50% dos elementos da amostra são menores ou iguais à mediana e os outros 50% são maiores ou iguais à mediana. Entretanto, se o total da frequência das palavras for ímpar, a mediana é o elemento médio, se for par, a mediana é a soma dos dois elementos médios divididos por dois. Nesse estudo o total da frequência das palavras é 16, portanto o cálculo da mediana foi:  $(12+14) \div 2 = 13$  (TABELA 3).

TABELA 3- Distribuições das frequências das palavras para cálculo da frequência média.

Frequência das palavras
5
5
5
7
10
10
10
12
14
16
18
18
25
29
31
32

➔

$$\text{MEDIANA} = (12+14) \div 2 = \underline{13}$$

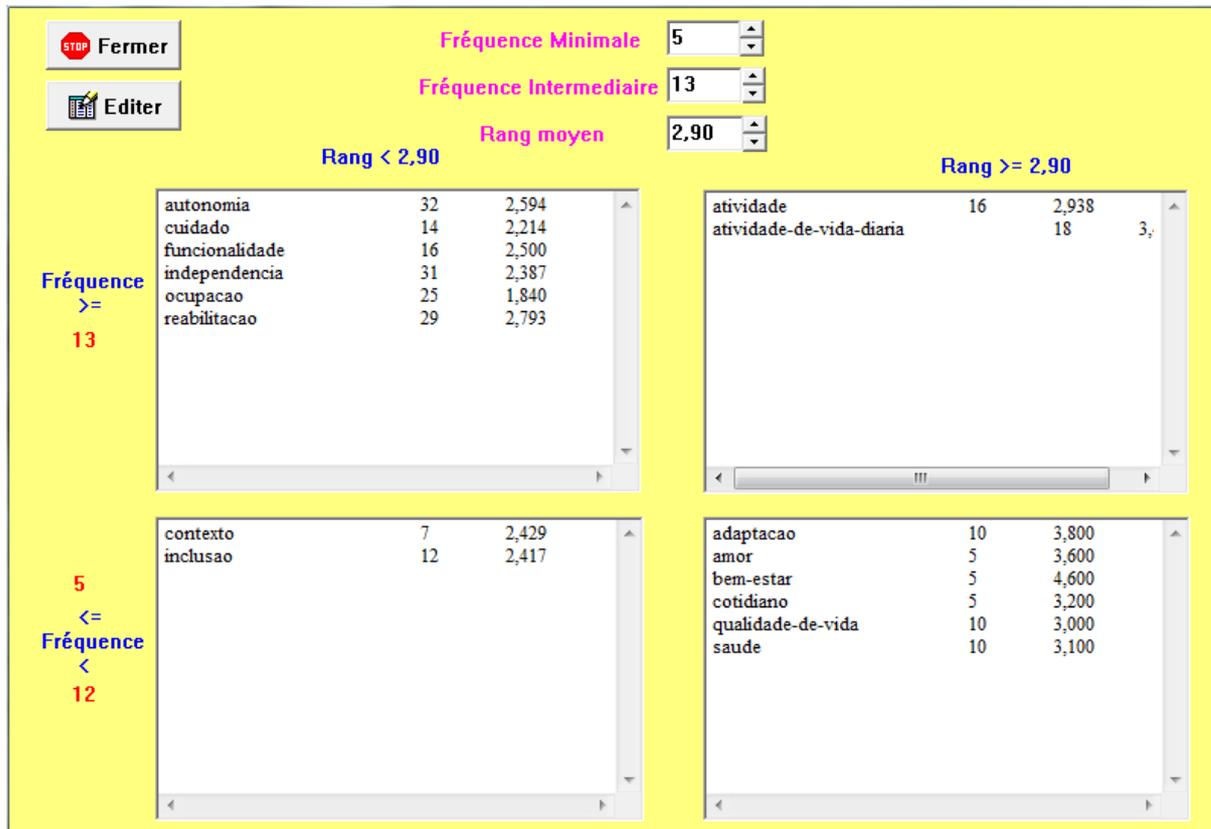
Para calcular a OME utilizou-se a média aritmética que corresponde ao cálculo resultante da divisão da soma de um conjunto de números, pela quantidade de números do conjunto. Portanto, somou-se a OME de cada uma das 16 palavras que foram evocadas mais de 5 vezes (FIGURA 5) e dividiu-se por 16, encontrando uma OME=2,9 (TABELA 4).

TABELA 4- Distribuições das frequências das palavras para cálculo da OME

<b>Frequência das palavras</b>	<b>OME</b>
5	3,6
5	4,6
5	3,2
7	2,43
10	3,8
10	3
10	3,1
12	2,42
14	2,21
16	2,5
16	2,94
18	3,44
25	1,84
29	2,79
31	2,39
32	2,59
<b>Total</b>	<b>16</b>
	<b>46,85</b>
$46,85 \div 16 = \underline{\underline{2,9}}$	

Após encontrar esses três valores foi possível a construção do quadro de quatro casas apresentado abaixo:

FIGURA 5- Quadro de quatro casas- distribuição pela frequência e ordem média de posição gerado pelo *Rangfrq-EVOC*.



Fonte: EVOC, 2005

As palavras *autonomia*, *cuidado*, *funcionalidade*, *independência*, *ocupação* e *reabilitação* em virtude de sua alta frequência e baixa OME (primeiras palavras evocadas pelo sujeito) sugerem que essas palavras formam o núcleo central aqui representado.

As três casas seguintes representam a zona de periferia constituídas das palavras *atividade*, *atividade de vida diária (AVD)*, *contexto*, *inclusão*, *adaptação*, *amor*, *bem-estar*, *cotidiano*, *qualidade de vida* e *saúde*. Contudo, cabe destacar que as palavras *contexto* e *inclusão* além de fazerem parte da periferia se encontram em uma zona conhecida como zona de contraste.

#### 4.2.2 Resultados obtidos a partir do Complex/EVOC

Na sequência, os dados foram submetidos ao programa *Complex*, por meio do qual o arquivo contendo todas as evocações (n=213) foi comparado aos três subgrupos – acadêmicos dos períodos iniciais, finais e os egressos. Para esse estudo, entre os dados gerados pelo *Complex-EVOC*, foram significativas as evocações que compuseram o quadro de quatro casas, conforme exposto na tabela 2.

TABELA 5- Comparação das evocações presentes no quadro de quatro casas entre os subgrupos pelo programa *Complex-EVOC*

Evocações	Frequência	Iniciantes (n=34)	Finais (n=34)	Egressos (n=32)	Palavras do Núcleo Central
Autonomia	32	10	11	11	SIM
Independência	31	8	13	10	SIM
Reabilitação	29	14	10	5	SIM
Ocupação	25	11	10	4	SIM
AVD	18	0	11	7	NÃO
Atividade	16	4	6	6	NÃO
Funcionalidade	16	5	6	5	SIM
Cuidado	14	6	1	7	SIM
Inclusão	12	7	3	2	NÃO
Adaptação	10	3	3	4	NÃO
Qualidade de vida	10	2	0	8	NÃO
Saúde	10	3	4	3	NÃO
Contexto	7	3	3	1	NÃO
Amor	5	3	0	2	NÃO
Bem-estar	5	1	2	2	NÃO
Cotidiano	5	1	2	2	NÃO
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>81</b>	<b>85</b>	<b>79</b>	<b>6</b>

Nota: palavras em vermelho apresentaram uma frequência uniforme no número de evocações entre os três grupos. Palavras em azul apresentam uma frequência discrepante no número de evocações entre os três grupos.

Ao observar a tabela 5, podemos notar que as evocações mostraram-se distintas entre os subgrupos quando comparados. As palavras *reabilitação e ocupação*, apresentaram baixa frequência de evocação para os egressos (5 e 4, respectivamente), diferente da palavra *qualidade de vida*, que apresentou prevalência alta (8). Assim também foi para a palavra *inclusão*, que apresentou alta frequência (7), contudo, para o subgrupo dos iniciantes

Importante destacar que algumas evocações apresentaram frequência 0, como é o caso da *AVD* para o subgrupo dos iniciantes e *qualidade de vida e amor* para o subgrupo dos finais. Também para este último grupo, diferente de zero, mas com baixa evocação (1) está a palavra *cuidado*.

### **4.3 Resultados da Análise de Conteúdo**

Os dados gerados pela análise de conteúdo são apresentados no quadro abaixo que faz menção às unidades de significação obtidas a partir da pré-análise do material qualitativo do questionário. As categorias foram delimitadas pelas palavras encontradas no quadro de quatro casas. As palavras “bem-estar” e “cotidiano” não produziram categorias, uma vez que nenhum sujeito da pesquisa as mencionou como mais importante.

## QUADRO 1- Análise de conteúdo –Categorias e Unidades de significação

Continua

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
NC= Núcleo Central	
P=Periferia	
AUTONOMIA–NC	A autonomia para o paciente pode ser subjetiva englobando liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida, efetuando racionalmente as suas próprias escolhas. Pode ser uma autonomia funcional que é a capacidade de realizar atividades importantes para o sujeito e social que é a execução de papéis importantes para o sujeito e para a sociedade. Autonomia também foi considerada como objetivo da terapia ocupacional.
CUIDADO–NC	O cuidado é uma conduta fundamental a todos os profissionais de saúde, bem como aos terapeutas ocupacionais. É o ponto de partida e o meio para a condução do tratamento e deve ser construído pelo terapeuta na relação com o paciente. O cuidado inclui o zelo com a subjetividade do paciente.
FUNCIONALIDADE- NC	A funcionalidade é o objetivo e o diferencial da terapia ocupacional. Uma condição para que o indivíduo execute as ocupações de maneira autônoma e independente, respeitando os seus limites e valorizando o que há de funcional nas suas capacidades corporais. Funcionalidade é o movimento realizado nas atividades cotidianas e os sentidos que se atribui a elas, é um meio de alcançar qualidade de vida.
INDEPENDÊNCIA –NC	A independência é o objetivo central do terapeuta ocupacional ao traçar um plano de tratamento. É realizar atividades cotidianas com êxito, é a garantia do direito social de ir e vir sem a necessidade da ajuda de terceiros, é ter autonomia, qualidade de vida e bem-estar.
OCUPAÇÃO - NC	A ocupação para o terapeuta ocupacional é uma forma de tratamento, prevenção e reabilitação do indivíduo no ambiente doméstico e profissional. É o diferencial, foco central e objeto de trabalho da terapia ocupacional. Envolve diferentes áreas de conhecimento e profissões. Para o paciente ocupação é toda atividade executada pelos seres humanos com a função de preencher o tempo ocioso e dar sentido à vida, tornando-o um indivíduo ativo. É uma atividade que tem importância para o indivíduo.
REABILITAÇÃO -NC	A reabilitação é: O pilar da terapia ocupacional considerada em três âmbitos: social, físico e psicossocial.

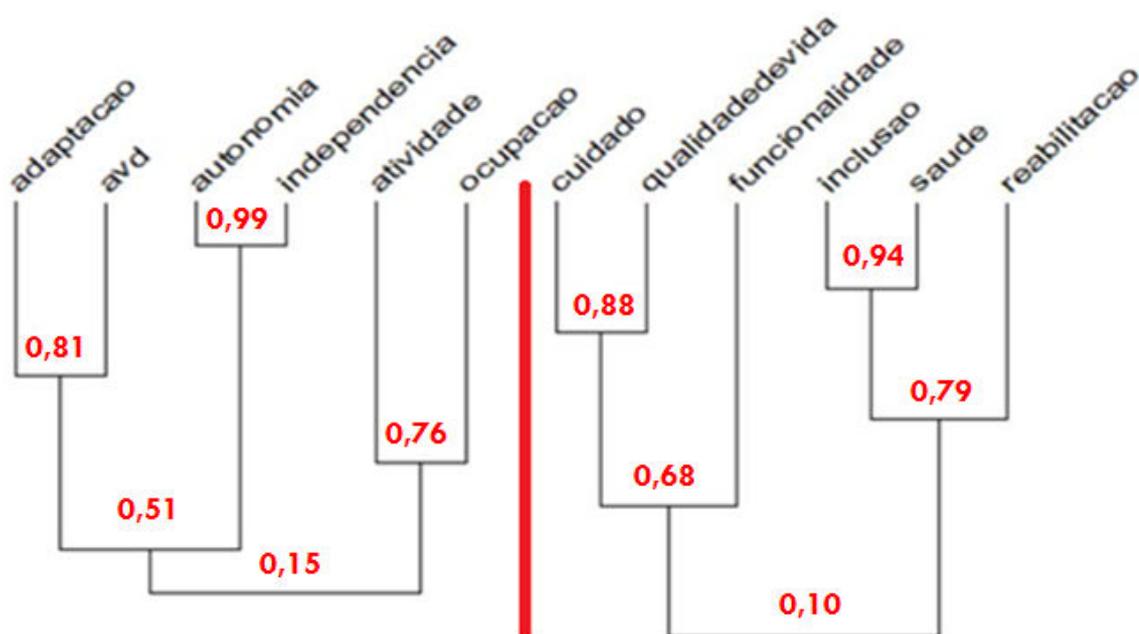
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
NC= Núcleo Central	
P=Periferia	
ADAPTAÇÃO–P	A adaptação é necessária a vida de qualquer pessoa. Através dela os indivíduos podem alcançar autonomia, melhor execução de atividades em geral e melhor qualidade de vida. Está relacionada à confecção de órteses e próteses
AMOR – P	O amor para o terapeuta ocupacional é fator condicionante para exercer sua profissão da melhor maneira possível e determinante para continuar a exercer a profissão.
ATIVIDADE–P	A atividade é um recurso para modificar e/ou melhorar o ser humano.
AVD – P	As AVD fazem parte da subjetividade do paciente, aquilo que o representa e dá sentido à sua vida.
CONTEXTO–P	O contexto é a base para o processo de elaboração das condutas terapêuticas na terapia ocupacional. O universo de cada indivíduo que dá coerência e significado para a intervenção do terapeuta ocupacional.
INCLUSÃO - P	A inclusão é entendida como inclusão social dos indivíduos nas escolas, nas empresas, em suas casas, na sua vizinhança etc. É objetivo central da terapia ocupacional no sentido de promover meios para o aumento da autoconfiança, da autonomia, da independência e do bem-estar e da qualidade de vida.
QUALIDADE DE VIDA –P	A qualidade de vida é algo que minimiza o cotidiano estressante sob o qual as pessoas estão inseridas. Todos buscam vivê-la. É o conceito subjetivo do cliente que reflete o seu estado de saúde e bem-estar. O profissional de terapia ocupacional garante a qualidade de vida ao trabalhar com a ocupação, que torna o indivíduo mais autônomo e independente nas atividades que lhe são significativas. Em sua conduta visa à manutenção e/ou promoção da qualidade de vida do cliente e utiliza recursos para tal. É objetivo do profissional ao trabalhar com as demandas, desejos e importâncias do cliente.
SAÚDE–P	A saúde é o foco da terapia ocupacional

#### 4.4 Resultados obtidos a partir do CHIC®

##### 4.4.1 Resultados da Análise Hierárquica de Similaridade

Das 16 evocações encontradas no quadro de quatro casas apenas 12 foram submetidas ao software, uma vez que optou-se por incluir as evocações que tivessem frequência superior a 10. Esse critério foi adotado porque a frequência menor 10 resultaria em dados inconsistentes e distorções da árvore hierárquica e do grafo. Os termos excluídos foram *contexto, amor, bem-estar, cotidiano*.

GRÁFICO 1- Árvore Hierárquica de similaridade das categorias



Fonte: CHIC®, Versão 4.1

Observamos na árvore de similaridade que há dois grandes grupos que não apresentam ligação entre si, um composto por *adaptação, AVD, autonomia, independência, atividade e ocupação*, e outro composto por *cuidado, qualidade de vida, funcionalidade, inclusão, saúde e reabilitação*. Abaixo seguem descritas as similaridades encontradas na

árvore hierárquica, a partir dos dados qualitativos encontrados nas análises de conteúdo (QUADRO1)

#### 4.4.1.1 Similaridade maior ou igual a 0,99- Autonomia e Independência

Os dados qualitativos relativos a *autonomia e independência* sugerem que a similaridade entre os termos se encontra quando são utilizadas como sinônimos, apresentando características semelhantes como subjetividade, funcionalidade além de serem o objetivo da profissão.

#### 4.4.1.2 Similaridade maior ou igual a 0,94- Inclusão e Saúde

Os dados qualitativos relativos à *inclusão e saúde* sugerem que a similaridade entre os termos está nos dois serem foco e objetivo da profissão.

#### 4.4.1.3 Similaridade maior ou igual a 0,88- Cuidado e Qualidade de vida

Os dados qualitativos relativos ao *cuidado* e a *qualidade de vida* sugerem que a similaridade entre os termos está presente na subjetividade do sujeito que é considerada por ambos no processo do tratamento, bem como ser da conduta do terapeuta ocupacional ter *cuidado* e promover *qualidade de vida* aos seus clientes.

#### 4.4.1.4 Similaridade maior ou igual a 0,81- Adaptação e AVD

Os dados qualitativos relativos à *adaptação* e as *AVD* sugerem que a similaridade entre os termos está na necessidade de se fazer alguma *adaptação* (seja na tarefa, no ambiente ou no sujeito) que permita aos indivíduos executarem as *AVD* de maneira autônoma, e assim, alcançar a qualidade de vida.

#### 4.4.1.5 Similaridade maior ou igual a 0,79- Inclusão-Saúde e Reabilitação

Os termos *inclusão* e *saúde* formam uma dupla que se liga ao termo *reabilitação*. Os dados qualitativos relativos à *inclusão* e *saúde* sugerem que a similaridade entre os termos está nos dois serem foco e objetivo da profissão. Essa dupla se relaciona com *reabilitação* em sua natureza psicossocial.

#### 4.4.1.6 Similaridade maior ou igual a 0,76- Atividade e Ocupação

A *atividade* é um recurso para modificar e/ou melhorar o ser humano. A *ocupação* para o terapeuta ocupacional é uma forma de tratamento, prevenção e reabilitação do indivíduo no ambiente doméstico e profissional. É o diferencial, foco central e objeto de trabalho da terapia ocupacional. Envolve diferentes áreas de conhecimento e profissões. Para o paciente, *ocupação* é toda atividade executada pelos seres humanos com a função de preencher o tempo ocioso e dar sentido à vida, tornando-o um indivíduo ativo. É uma *atividade* que tem importância para o mesmo. Justamente nesse ponto, os dados qualitativos sugerem que está a similaridade entre *atividade* e *ocupação*. A *atividade* é o meio para se promover a *ocupação*.

#### 4.4.1.7 Similaridade maior ou igual a 0,68- Cuidado- Qualidade de vida e Funcionalidade

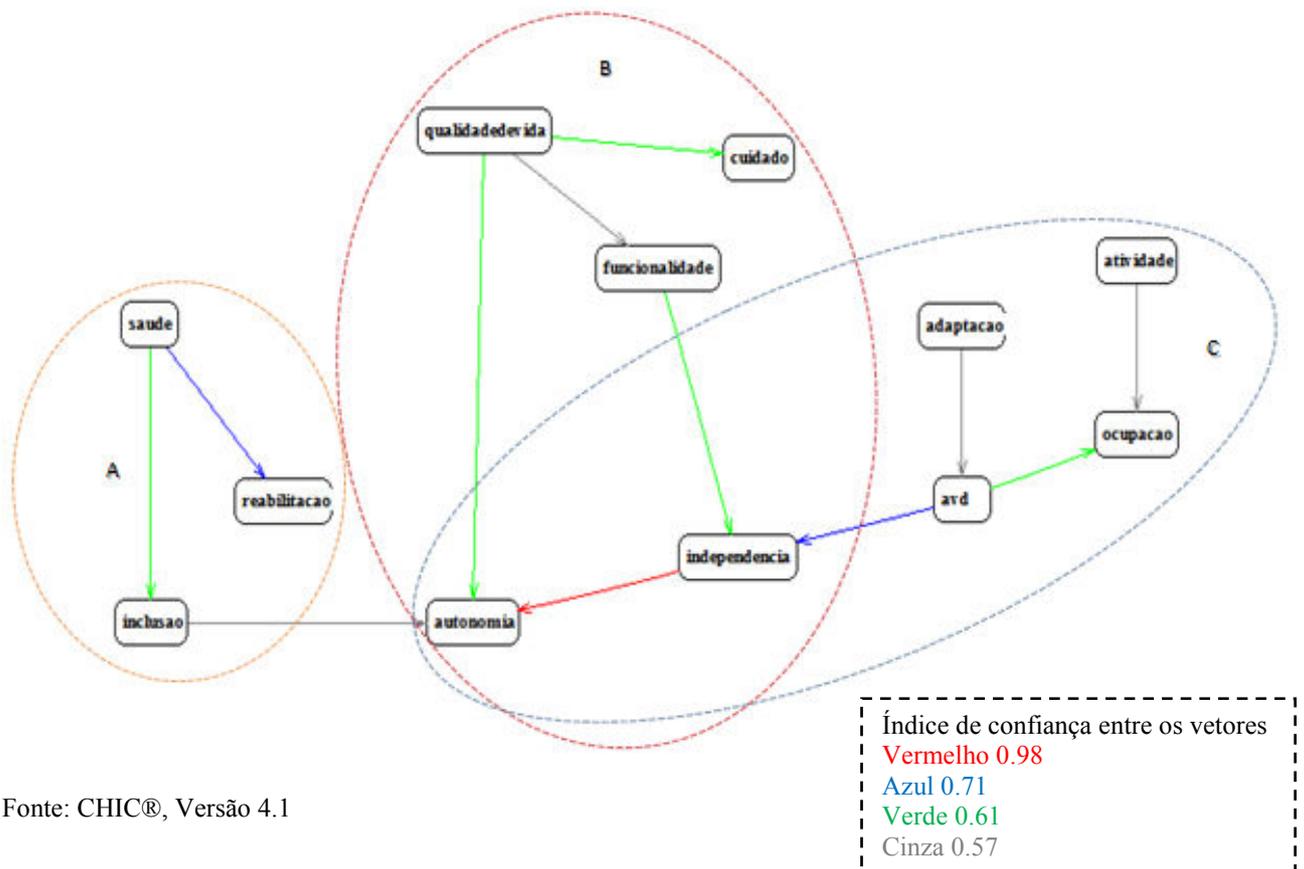
Os termos *cuidado* e *qualidade de vida* formam uma dupla que se liga ao termo *funcionalidade*.

Os dados qualitativos relativos ao *cuidado*, a *qualidade de vida* e *funcionalidade* sugerem que a similaridade entre os termos está presente na subjetividade do sujeito que é considerada por ambos no processo do tratamento, bem como serem foco do terapeuta ocupacional durante sua atuação profissional. Atribui-se a *funcionalidade* o meio para alcançar a *qualidade de vida*.

#### **4.4.2 Resultados da Análise de Implicação**

O gráfico 2 mostra os vetores de implicação que correlacionam as evocações segundo o índice de confiança, em que três grupos (A, B e C) e dez caminhos (direção das setas) foram identificados pelo software. Além disso, utilizando o programa é possível identificar quantos e quais indivíduos, distribuídos entre iniciantes; finais e egressos, contribuíram para a formação de cada caminho, e por consequência, de cada grupo (A, B e C).

GRÁFICO 2- Grafo de Implicação das categorias gerada pelo CHIC®

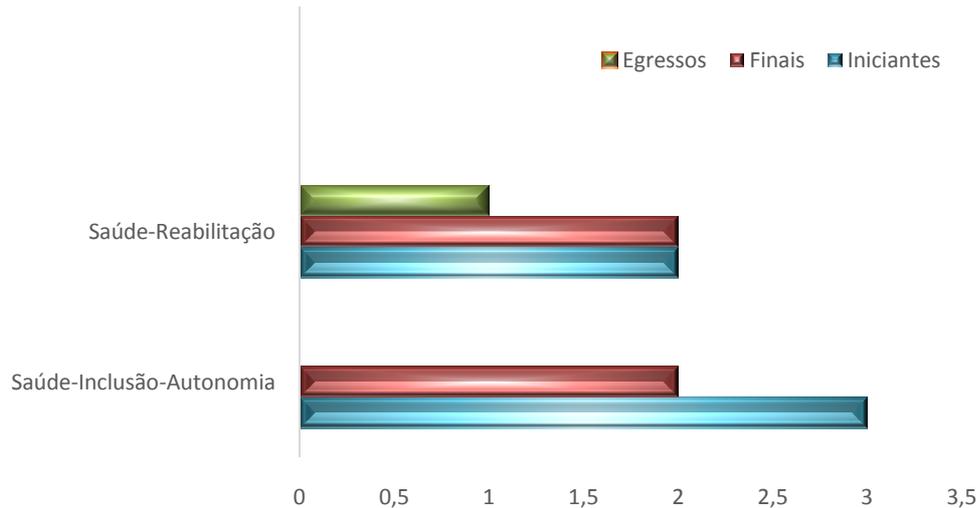


Fonte: CHIC®, Versão 4.1

O grupo A (GRÁFICO 3) é formado pelas palavras *reabilitação*, *saúde*, *inclusão* e *autonomia*. Dentro desse grupo existem dois caminhos (direção das setas): saúde-inclusão(0,61)-autonomia (0,57) e saúde- reabilitação (0,71). Para o caminho saúde-inclusão-autonomia, houve contribuição de 3 acadêmicos do subgrupo iniciantes e 2 do subgrupo

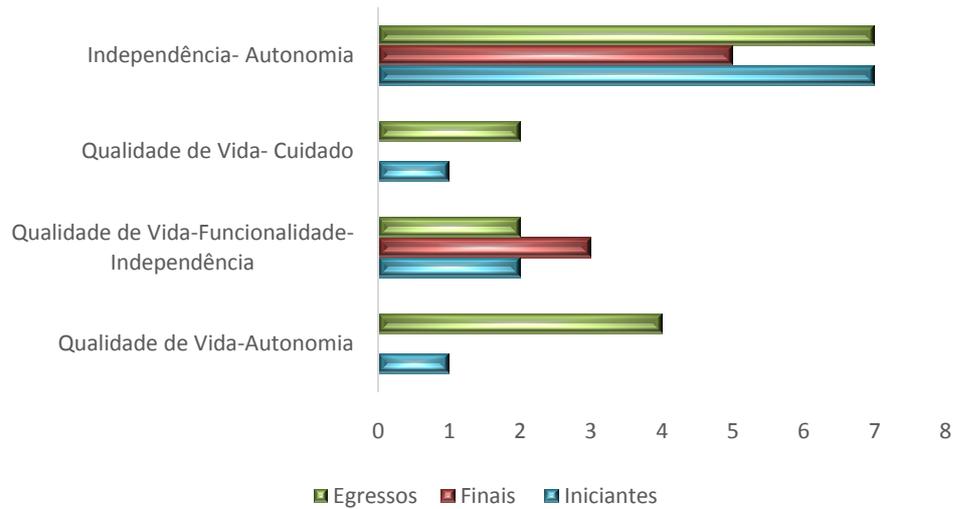
finais. Para saúde-reabilitação, houve duas contribuições para cada subgrupo iniciantes e finais e uma para os egressos.

GRÁFICO 3-Contribuição dos indivíduos para constituição dos caminhos do Grupo A



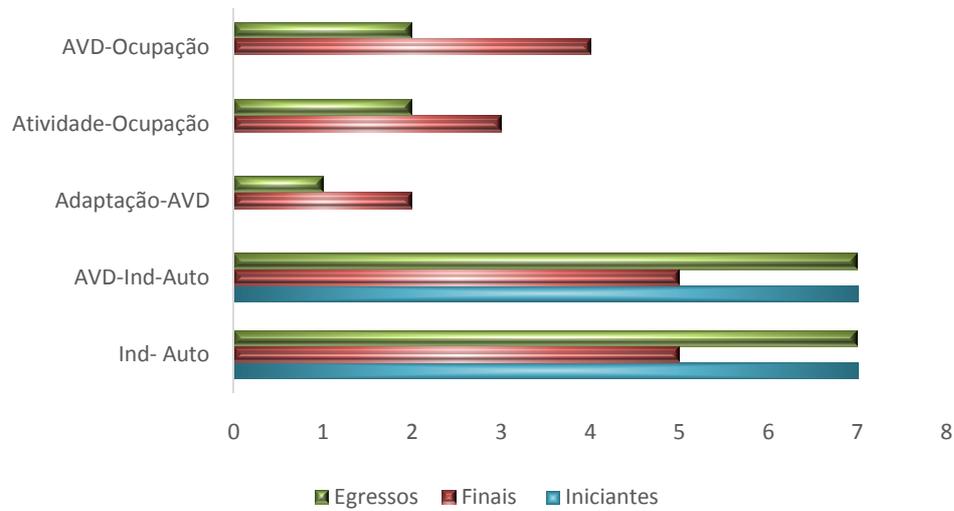
O grupo B (GRÁFICO 4) é formado pelas palavras *cuidado*, *funcionalidade*, *qualidade de vida* e *autonomia*. Dentro desse grupo existem quatro caminhos: qualidade de vida - autonomia (0,61), qualidade de vida-funcionalidade (0,57)- independência (0,61), qualidade de vida -cuidado (0,61) e independência- autonomia (0,98). Para o caminho qualidade de vida-autonomia, houve contribuição de 1 acadêmico do subgrupo iniciantes e 4 do subgrupo egressos. Para qualidade de vida-funcionalidade-independência, houve duas contribuições para cada subgrupo iniciantes e egressos e três para os finais. No que tange o caminho qualidade de vida-cuidado, houve contribuição de 1 acadêmico do subgrupo iniciantes e 2 do subgrupo egressos. Por fim, para independência-autonomia, houve 7 contribuições para cada subgrupo iniciantes e egressos e 5 do subgrupo finais.

GRÁFICO 4-Contribuição dos indivíduos para constituição dos caminhos do Grupo B



O grupo C (GRÁFICO 5) é formado pelas palavras *adaptação*, *AVD*, *atividade*, *independência*, *ocupação* e *autonomia*. Dentro desse grupo existem cinco caminhos: independência- autonomia (0,98), AVD - independência (0,71) - autonomia (0,98), adaptação-AVD (0,57), atividade - ocupação (0,57), AVD - ocupação (0,61). Para o caminho independência- autonomia, houve 7 contribuições para cada subgrupo iniciantes e egressos e 5 do subgrupo finais. Para AVD – independência- autonomia, houve 7 contribuições para cada subgrupo iniciantes e egressos e 5 do subgrupo finais. No que tange o caminho adaptação-AVD, houve contribuição de 2 acadêmico do subgrupo finais e 1 do subgrupo egressos. Ainda, para o caminho atividade-ocupação, houve contribuição de 3 acadêmico do subgrupo finais e 2 do subgrupo egressos. Por fim, para AVD - ocupação, houve 4 contribuições para cada subgrupo finais e 2 do subgrupo egressos.

GRÁFICO 5 -Contribuição dos indivíduos para constituição dos caminhos do Grupo C



Observa-se que o caminho independência- autonomia (0,98) é interface entre o grupo B e C e que os três grupos possuem vetores que convergem para a palavra *autonomia*. Outro ponto de destaque é que a associação entre autonomia e independência é a mais forte de todas (0,98), demonstrando que quem fala em autonomia também fala em independência. Essas duas palavras aparecem associadas e ditas pelo grupo pesquisado como um todo, de forma bastante homogênea.

Contudo, não se pode afirmar que essa relação é a mais importante, somente que autonomia e independência são evocações muito presentes na fala dos sujeitos, como visto nos resultados apresentados pelos dois softwares.

## 5.0. DISCUSSÃO

Partindo da concepção de Abric (2003) sobre a representação social se estruturar em dois subsistemas, um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico, os resultados dessa pesquisa apresentam não apenas o conteúdo da representação social do grupo estudado, mas também a estrutura dessa representação social. Para tal foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (VERGÉS *apud* OLIVERA *et al.*, 2005), cujos dados foram tratados pelo software EVOC2005, a fim de possibilitar a construção do quadro de quatro casas. Entretanto, encontrar os termos que compõe o núcleo central e a periferia dessa representação social constituiu em uma etapa dessa pesquisa, afinal segundo Abric citado por OLIVERA *et al.*, (2005, p.582) “nem tudo que se encontra no primeiro quadrante é central, mas o núcleo central está nesse quadrante”.

Neste sentido, para responder aos objetivos dessa pesquisa se tornaram essenciais procedimentos complementares à Técnica de Associação Livre de Palavras que pudessem confirmar ou questionar a hipótese de centralidade resultante da construção do quadro de quatro casas. Para tal, após serem processados pelo EVOC2005, os dados foram submetidos ao software CHIC® que apresentou termos similares e os vetores de ligação entre as evocações. Também foi realizada uma análise de conteúdo dos textos das justificativas apresentadas pelos sujeitos, objetivando conhecer os significados das palavras evocadas. Esse percurso metodológico gerou resultados que se pretende relacionar e discutir a seguir.

Encontrou-se uma predominância de pessoas do sexo feminino entre os três subgrupos, o que é comum na profissão de terapia ocupacional. Esse resultado encontra relação com a função social do cuidado aliado às profissões de saúde, historicamente ligado a uma ocupação feminina e caritativa. O próprio histórico da terapia ocupacional está fortemente ligado ao assistencialismo e a caridade, com base no modelo de medicina hospitalar na Europa do séc XIX, quando as equipes de saúde realizavam esse trabalho caritativo com o objetivo de ajudar as pessoas, numa perspectiva religiosa (DE CARLO e BARTALOTTI, 2001; MALFITANO e FERREIRA, 2011). Ademais, as mulheres eram escolhidas para o ofício, pois acreditava-se que suas características maternas eram benéficas para o tratamento dos doentes mentais (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Com relação à área de atuação observamos entre os egressos um predomínio nas áreas de desenvolvimento infantil e saúde mental. Na área de saúde mental vemos o reflexo da história da profissão que teve sua prática reconhecida no contexto da reabilitação física e

mental pela necessidade de reinserir os traumatizados de guerra na sociedade (MOREIRA, 2008). Outro fator que pode estar influenciando o predomínio na área de saúde mental é que diante das transformações na assistência psiquiátrica com a implantação da rede de serviços substitutivos, a terapia ocupacional ganha espaço dentro da política de saúde mental do SUS (BEIRÃO; ALVES, 2010).

O quadro de quatro casas desse estudo apontou que a compreensão sobre a “profissão de terapia ocupacional” é fortemente marcada por elementos voltados à atuação desses profissionais, que ao pesarem na profissão os sujeitos priorizam os aspectos técnicos e práticos, em detrimento aos aspectos psicológicos e comportamentais que estariam relacionados ao *ser* profissional. Ao evocarem *autonomia, cuidado, funcionalidade, independência, ocupação, reabilitação, atividade, AVD, contexto, inclusão, adaptação, qualidade de vida e saúde*, ficou claro que o propósito é promover, possibilitar e facilitar tais elementos na vida de seus clientes, destacando aqui, a idéia do *fazer* profissional. A única exceção encontrada foi o termo *amor*, que está relacionado com o *ser* profissional. A confirmação desses resultados foi feita através da análise de conteúdo que explicitou quais são os significados dos termos evocados construídos pelos sujeitos da pesquisa (QUADRO 1).

Outro sentido encontrado para os tais termos é que eles representam o objetivo e foco da atuação do terapeuta ocupacional. Portanto, ao representarem esta profissão os sujeitos apresentam evocações mais relacionadas ao *fazer* do que ao *ser* profissional. Dessa maneira, o modo como cada profissional exerce sua função está relacionado com aquilo que ele é no momento em que a exerce, sendo impossível separar o EU pessoal e o EU profissional. (NÓVOA *apud* BRANCO, 2005).

Conforme dito anteriormente o termo *amor* está relacionado ao *ser* profissional. Esta palavra é entendida como condição indispensável para a qualidade da execução do trabalho do terapeuta ocupacional, além de aparecer como fator motivacional para que o profissional continue a exercer seu trabalho.

De acordo com Lima (s.d., p.7), “o amor e o prazer no trabalho são identificados como a principal e indispensável motivação para a busca de aprimoramento profissional, subordinando até mesmo a busca de formação e profissionalização”. Contudo, no que tange a qualidade da execução do trabalho vale ressaltar que os terapeutas ocupacionais devem ter entendimento das áreas e alicerce da profissão em que há um corpo estabelecido de conhecimentos e competências (AOTA, 2015). Essas afirmações apontam que amor pelo ofício é um fator motivacional para o profissional executar seu trabalho, mas que para fazê-lo com qualidade é necessário um aparato teórico e técnico.

Outras palavras como *altruísmo, desafio, determinação, gratificação pelo trabalho, gratidão, importante, linda profissão, necessária, renuncia, vocação, baixa valorização, desvalorização profissional e mal remunerada*, foram evocadas pelos sujeitos da pesquisa, mas com uma frequência insignificante para fazer parte da representação do grupo total. Contudo esse dado mostra que uma pequena parcela da população estudada representa a profissão a partir do *ser* profissional.

Na árvore de similaridade (GRÁFICO 1), são apresentados conjuntos de pares ou trios de palavras que parecem “ir juntas”, ou seja, associadas. Segundo Flament (1986, p.141) “admite-se que dois itens serão mais próximos na representação quanto mais elevado for o número de indivíduos que os tratem da mesma maneira”, assim observamos que os diferentes elementos que compõe o quadro de quatro casas, com exceção de *contexto, amor, bem-estar, cotidiano*, se relacionam independente do quadrante ao qual pertencem.

No grafo de implicação (GRÁFICO 2) a relação entre os termos é expressa por meio da força das ligações que constituem o caminho pelo qual os sujeitos relacionam as palavras, contribuindo para a compreensão da representação social desse grupo.

Portanto, o panorama composto do quadro de quatro casas, da árvore hierárquica e do grafo de implicação chama a atenção para a forma como esses sujeitos representam a terapia ocupacional. Ao priorizar o fazer da profissão destaca-se o aspecto da técnica em detrimento da identidade profissional do terapeuta ocupacional.

Após uma análise geral dos resultados cabe uma discussão mais detalhada dos quadrantes, das associações e dos vetores, uma vez que cada um deles traz uma informação essencial para a análise da representação.

O núcleo central é composto pelos termos *autonomia, cuidado, funcionalidade, independência, ocupação e reabilitação*, agruparam-se assim, os elementos mais frequentes e os mais importantes. No entanto, esses elementos não são equivalentes entre si, sendo alguns mais importantes que outros. Os resultados do *Complex-EVOC* nos permitem compreender melhor essas relações.

Entre as palavras que compõe o núcleo central, somente *autonomia* e *independência* apresentaram alta representatividade nos três subgrupos (iniciantes, finais e egressos) que as evocaram mais vezes e nas primeiras posições. Durante toda a sequência da análise dos dados este binômio se fez importante, como observado também na árvore hierárquica. Este par representou a maior similaridade (0,98) indicando que os sujeitos ao evocarem *autonomia* e *independência* as evocaram juntas. O extremo dessa associação evidenciou-se nas evocações de um dos participantes que tratou *autonomia* e *independência*

como sendo um único termo. Essa associação contribuiu também para a formação do vetor mais forte do grafo de implicação (0,98), principalmente entre dois grupos (B e C), e que todos os vetores constituem caminhos que convergem para palavra *autonomia*.

Ainda neste contexto, na análise de conteúdo, observa-se que cerca 48% dos sujeitos ao justificarem a importância das palavras *autonomia* e *independência* fazem referência uma a outra. A título de exemplo podemos citar um participante que ao definir *independência* apresentou o conceito de *autonomia*: “Escolher fazer uma atividade por vontade ou necessidade é um passo muito importante” (informação verbal)<sup>1</sup>. Dessa maneira, observa-se que tanto durante a graduação quanto no exercício profissional, os termos *autonomia* e *independência* estão representados no cotidiano dos sujeitos da pesquisa.

Uma hipótese que pode explicar a associação entre essas duas palavras pelos entrevistados, é o fato de as DNC para o curso de Terapia Ocupacional (2002) apontam no artigo 5º que a formação do terapeuta ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de algumas competências e habilidades específicas. Nesse caso, no parágrafo I, apresenta a autonomia como um dos principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento com a população com a qual o terapeuta ocupacional trabalha. Já o parágrafo XXIV, traz um conceito de autonomia que não apareceu na perspectiva dos sujeitos entrevistados. Esse parágrafo trata da necessidade do profissional desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, entre elas, autonomia intelectual (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO).

Outra possível justificativa é o PPP do curso de graduação em terapia ocupacional da UFMG. As palavras autonomia e independência aparecem relacionadas ao objetivo do profissional para com sua clientela em seu cotidiano e na execução de suas ocupações. Neste documento, na parte relacionada ao perfil profissional está posto entre as aptidões do terapeuta ocupacional a capacidade de atuar “priorizando ações que promovam a autonomia/independência dos clientes, a fim de que alcancem uma melhor qualidade de vida e participação social” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional, 2008. p.15). Na descrição das competências e habilidades específicas dos terapeutas ocupacionais, esses dois termos mantêm o significado, porém com o foco na orientação da família/cuidador para a maior independência e autonomia do cliente.

---

<sup>1</sup> Fala obtida da justificativa de um sujeito presente no questionário livre de evocação de palavras

Ainda neste contexto, também podemos citar a Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (2015). Trata-se de um documento oficial da AOTA. Este, é destinado aos profissionais da terapia ocupacional e aos estudantes, a outros profissionais da saúde, educadores, pesquisadores, compradores e consumidores e apresenta um resumo dos construtos inter-relacionados que descrevem a prática da terapia ocupacional. Nesse documento, a palavra autonomia aparece apenas uma vez inserida no conceito de Prática Centrada ao Cliente que é entendido como uma:

[...]abordagem de serviços que incorpora o respeito e a parceria com os clientes, vistos como participantes ativos no processo de terapia. Esta abordagem enfatiza o conhecimento e a experiência, a força, a capacidade de escolha e a *autonomia* geral do cliente[grifo do nosso] (BOYT SCHELL *et al.*, *apud* AOTA, 2015, p.42).

Apesar de ser abordada em sua amplitude, a autonomia permanece como um conceito voltado para o cliente.

Nesse mesmo documento a palavra independência é conceituada como:

Um estado autodirecionado de ser, caracterizado por uma habilidade individual de participar em ocupações necessárias e preferidas de uma forma satisfatória sem restrição de quantidade ou tipo de auxílio externo desejado ou requerido (AOTA, *apud* AOTA, 2015, p.44).

Aponta ainda, que em contraste, com as definições de independência que implicam um nível de interação física com o ambiente ou com objetos no ambiente, os profissionais de terapia ocupacional consideram os clientes independentes, seja por desempenharem os componentes das atividades por si mesmo, seja por desempenharem a ocupação em um ambiente adaptado ou modificado, usando vários dispositivos ou estratégias alternativas ou ainda quando supervisionarem a conclusão da atividade por outros (AOTA, *apud* AOTA, 2015).

Por fim, outros estudos, o de Lycett e o de Farinha e Silva citado por Carvalho (2010) apresentado anteriormente, os termos autonomia e independência são as palavras mais frequentes usadas pelos profissionais para definirem a terapia ocupacional.

Dando continuidade a discussão dos termos que compõe o núcleo central, outra palavra que se destaca é *ocupação*. Os resultados do *Complex-EVOC* mostraram que os egressos não consideram esse termo tão importante quando comparado aos iniciantes e finais. Esse dado merece aprofundamento uma vez que a terapia ocupacional é definida como:

[...] o uso terapêutico das *ocupações* em indivíduos ou grupos com o propósito de melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em diversos ambientes como casa, escola, local de trabalho, comunidade e outros lugares [grifo nosso] (AOTA, 2015, p.46).

No PPP é apresentado o eixo conceitual da profissão adotado no curso, que cita o perfil do terapeuta ocupacional como aquele que incorpora os construtos teóricos e práticos que guiam a terapia ocupacional com o foco na relação do indivíduo com a *ocupação* em diferentes contextos. Esse dado sugere que a representatividade do termo *ocupação* está presente no decorrer da formação profissional, mas ela enfraquece durante a atuação dos terapeutas ocupacionais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional, 2008).

Na árvore hierárquica (GRÁFICO 1) os termos ocupação e atividade vêm associados (0,60), o que condiz com a literatura, uma vez que “o termo ocupação denota envolvimento na vida construído por múltiplas atividades” (AOTA, 2015, p.6). A partir da análise de conteúdo essa relação também se faz presente quando *ocupação* é referida como uma atividade que tem importância para o indivíduo. Já no grafo de implicação (GRÁFICO 2) observamos um resultado diferente ao do *Complex-EVOC*, pois as contribuições para a força da ligação ocupação - atividade (0,57) são feitas pelo subgrupo dos finais e egressos

Entretanto, os resultados apontam para uma mesma direção, tendo em vista que tanto a associação quanto a força da ligação configura-se entre as mais fracas. Acredita-se que a distribuição em termos de frequência deveria seguir os padrões encontrados na árvore hierárquica e no grafo de implicação, já que essa terminologia define e nomeia a profissão.

Na literatura encontramos estudos com resultados semelhantes. Lycett citado por Carvalho (2010), concluiu que não existia uma abordagem comum na explicação de terapia ocupacional e mais da metade dos participantes de seu estudo referiram ter dificuldades em explicar o seu trabalho. Caniglia (2005) demonstrou que a terapia ocupacional se perde em longas definições, muitas vezes incompreensíveis, e que a forma como algumas associações

de classe e profissionais definem a terapia ocupacional chega a ser um problema para a formação da identidade profissional.

A comparação desses resultados evidenciou que há uma pequena parcela de sujeitos do presente estudo que compreendem a importância do termo *ocupação* no âmbito da terapia ocupacional, porém tanto a maioria desses sujeitos como os resultados de outros estudos, já citados, demonstram a grande dificuldade dos profissionais em definirem a profissão e que esse fato perdura por mais de duas décadas. Diante deste contexto, seja pela estruturação curricular das disciplinas ofertadas, seja pela maior aproximação de discentes e egressos, faz-se de suma importância que os cursos incentivem debates entre serviços, demais profissionais de saúde e atores diretamente envolvidos no processo formativo, de maneira a refletir os vários aspectos que orientam a profissão, possibilitando definições mais precisas da terapia ocupacional.

Na 1ª periferia estão *atividade* e *AVD*, que são considerados os elementos periféricos mais importantes. Os resultados do *Complex-EVOC* mostram que o termo *AVD* apresentou frequência zero entre os iniciantes. Entretanto, destaca-se que para a terapia ocupacional, *AVD* são atividades

[...] que as pessoas executam enquanto indivíduos, nas famílias e em comunidades para ocupar o tempo e trazer significado e propósito à vida (AOTA 2005, p.5).

Elas também são

[...] fundamentais para viver no mundo social; e permitem a sobrevivência básica e o bem-estar (CHRISTIANSEN; HAMMECKER, *apud* AOTA 2015, p.19).

Considerando a importância desse conceito para terapia ocupacional é importante questionar o porquê desse resultado. Nesse sentido é necessário recorrer à grade curricular do curso de terapia ocupacional da UFMG para identificar possíveis variáveis presentes no currículo que pudesse justificar esse resultado.

A análise do currículo sugere que esses sujeitos não evocam o termo *AVD*, porque ainda não tiveram nenhuma disciplina cujo conceito fosse trabalhado. Levando em consideração que esse conceito permeia várias outras disciplinas, é provável que esse subgrupo (iniciantes) tenha conhecimento da terminologia, mas que ela não está inserida em suas representações da profissão, pois será contemplada no terceiro período na disciplina “Estudos das atividades de vida diária”, de forma mais específica.

Na árvore hierárquica (GRÁFICO 1) *AVD* e *atividade* fazem parte do mesmo grupo, mas formam pares com outros termos. *AVD* forma par com *adaptação* cujos dados qualitativos sugerem que a similaridade entre essas palavras está na necessidade de se fazer alguma *adaptação* (seja na tarefa, no ambiente ou no sujeito) que permita aos indivíduos executarem as *AVD* de maneira autônoma, e assim, alcançar a qualidade de vida.

Ainda neste contexto, Cavalcanti e Galvão (2007) afirmam que as adaptações possuem uma relação direta com as ocupações, e assim, são aplicáveis para fornecer o desempenho independente no vestuário, higiene, alimentação, comunicação e gerenciamento de atividades domésticas. Outro aspecto importante no processo do uso das adaptações é a avaliação da inclusão destas nas atividades cotidianas, para mensuração do grau de independência gerado pela mesma e para orientar as possíveis modificações nos diferentes contextos analisados. A vista ao ambiente domiciliar é um fator motivacional para a utilização da adaptação (ARAÚJO *apud* HOHMANN; CASSAPIAN, 2011).

A associação da *atividade* com *ocupação* aparece quando *atividade* é entendida como um recurso para modificar e/ou melhorar o ser humano e a *ocupação* como toda atividade executada pelos seres humanos com a função de preencher o tempo ocioso e dar sentido à vida, tornando-o um indivíduo ativo. Na literatura a associação desses termos é clara, pois os “profissionais de terapia ocupacional possibilitam a participação do cliente através da modificação de uma tarefa, de um método de realização da tarefa e do ambiente para promover o envolvimento na ocupação” (JAMES, *apud* AOTA, 2015, p.41). Ocupação essa entendida como “(...) os vários tipos de atividades cotidianas nas quais indivíduos, grupos ou populações se envolvem, incluindo AVD, AIVD, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer, e participação social” (AOTA, 2015, p.19).

Ainda pensando na estrutura curricular enquanto possível influência na representação dos acadêmicos, o termo *inclusão* presente na zona de contraste também merece destaque. Esta apresenta evocações que são flexíveis e instáveis, pois estão mais sensíveis ao contexto imediato de um menor número de sujeitos, ou, ainda, com pouca representatividade (SARUBBI JUNIOR *et al.*, 2013).

Embora esta palavra tenha sido evocada por um número menor de sujeitos, quando evocada, aparece nas primeiras posições. Este dado pode sugerir uma ou mais parcelas da amostra, ou seja, uma minoria que evoca termos que têm uma importante posição, mas que não são citados pela maioria, exprimindo o contraste de ideias de uma parte do grupo em relação ao grupo como um todo (SARUBBI JUNIOR *et al.*, 2013).

O subgrupo identificado como portador dessa representação foi o dos iniciantes, mais precisamente os acadêmicos do 2º período. Ao analisarmos o que estes indivíduos entendiam por inclusão, observou-se que o significado dado era o de *inclusão social*: a inclusão dos indivíduos nas escolas, nas empresas, em suas casas, na sua vizinhança etc. Ao voltarmos nossos olhares para a estrutura curricular vimos que esses sujeitos estavam cursando uma disciplina denominada “Processo de inclusão social”, o que pode justificar o conceito que eles apresentaram para tal evocação.

Apesar da 2ª periferia ser constituída pelos elementos menos frequentes e menos importantes, o termo *qualidade de vida* chama a atenção por ter baixa representatividade entre os acadêmicos (iniciantes= 2 evocações, finais= 0 evocações) e alta representatividade entre os egressos, quando comparado a frequência total. Esse resultado sugere que pensar em qualidade de vida, aqui entendida como qualidade de vida do cliente; estado de bem-estar e saúde, é algo que sofre influência da prática, é algo considerado importante por aqueles que se encontram em exercício profissional.

Na árvore hierárquica (GRÁFICO 1) *qualidade de vida* aparece associada ao *cuidado* (0,68) e esse par à *funcionalidade* (0,58). Os dados qualitativos relativos ao *cuidado*, a *qualidade de vida* e *funcionalidade* sugerem que a similaridade entre os termos está presente na subjetividade do sujeito que é considerada por ambos no processo do tratamento, bem como serem foco do terapeuta ocupacional durante sua atuação profissional. Atribui-se a *funcionalidade* o meio para alcançar a *qualidade de vida*. Essas associações no grafo de implicação aparecem com o termo *qualidade de vida* dando origem a três caminhos distintos, com fracas ligações (0,61, 0,61 e 0,57) que são formadas, em sua maioria, pelo subgrupo dos egressos como mostrado nos resultados do *Complex-EVOC*.

O curioso é que tanto o PPP, quanto a Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (2015) apresentam o termo qualidade de vida como algo essencial para ser promovido, melhorado. Isso sugere que é na prática que essa representação é construída, ou ainda, que apesar de preconizado nos documentos essa temática não está contemplada de maneira satisfatória nas disciplinas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional, 2008).

Esse resultado chama a atenção para o fator formação profissional. Isso porque, está preconizado nas DCN para os cursos de saúde que os acadêmicos e profissionais devem desenvolver competências e habilidades para atuar na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002), portanto, aptos a atuarem com qualidade e resolubilidade no SUS. Para tais, iniciativas voltadas para as

mudanças na graduação por meio da construção de projetos pedagógicos e currículos flexíveis e inovadores, com potencial para reorientar a formação entraram em vigor a partir desse documento. Obedecendo esses critérios o curso de graduação em terapia ocupacional da UFMG em seu PPP aponta que

Outro aspecto de grande relevância para a formação do terapeuta ocupacional, refere-se às atuais políticas públicas e sociais que vêm impondo às instituições de ensino superior mudanças na concepção de saúde, nas estratégias de avaliação e intervenção junto à população, nas metodologias utilizadas na formação dos profissionais de modo a aproximá-las dos conceitos e princípios que possibilitarão a atenção integral e humanizada à população brasileira. É sabido que em torno de 80% dos agravos de saúde que a população apresenta podem ser resolvidos na atenção básica à saúde. Dessa forma, tem havido um esforço de vários seguimentos sociais em reverter à lógica hospitalocêntrica como ponto de partida da prestação de serviços de saúde. O eixo conceitual adotado enfatiza a inserção do terapeuta ocupacional na atenção básica e na promoção da saúde em consonância com as atuais políticas públicas sociais e de saúde no Brasil, seja em centros de saúde, centros comunitários, programa de saúde da família, atendimentos domiciliares e diversos espaços que compõem as ações de promoção de saúde numa perspectiva de interdisciplinaridade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional, 2008, p.13).

Nesse sentido, ao observarmos o quadro de quatro casas vemos que os termos relacionados à promoção a saúde são *qualidade de vida, bem estar e saúde*, e estão localizados na 2ª periferia. Este resultado está coerente, uma vez que

[...] os elementos periféricos da representação, promovendo a interface com a realidade concreta e o sistema central, atualiza e contextualiza constantemente as determinações normativas e de outra forma consensuais deste último, daí resultando a mobilidade, a flexibilidade e a expressão individualizada que igualmente caracterizam as representações sociais. Ou, nas próprias palavras de Abric: “se o sistema central é normativo, o sistema periférico é funcional; quer dizer que é graça a ele que a representação pode ancorar na realidade do momento” (SÁ, 2002, p.73).

Portanto, como as DCN e o PPP são instrumentos que materializam as políticas de saúde recentes, era esperado que os termos que fizessem menção a atenção básica estivessem nas periferias. A análise revelou elementos que, mesmo com frequências reduzidas indicam conteúdos importantes.

## 6.0 CONCLUSÃO

O uso da Técnica de Associação Livre de Palavras possibilitou a produção de evocações mentais de maneira descontraída e espontânea dos acadêmicos e egressos do curso de terapia ocupacional da UFMG, revelando suas representações. Esses dados ao serem submetidos ao software EVOC possibilitaram a construção do quadro de quatro casas, expondo o núcleo central da representação social do grupo estudado. O uso de técnicas adicionais como análise de conteúdo e o uso do software CHIC®, por meio da árvore hierárquica e o grafo de implicação, nos permitiu a confirmação da centralidade dos elementos da representação.

Os resultados do presente trabalho, embora não permitam generalizações, por se tratar de uma realidade específica, apontou que dentre as palavras do núcleo central, acredita-se que somente *autonomia e independência* fazem parte da representação social do grupo estudado, que o termo *inclusão* faz parte da representação do subgrupo dos iniciantes e que *qualidade de vida* é considerada importante para os egressos, possivelmente sendo algo construído no campo de trabalho.

Observou-se que os acadêmicos e egressos ao representarem a profissão priorizam o *fazer* profissional em detrimento do *ser* profissional, o que pode estar relacionado com a dificuldade em definir e criar uma identidade profissional.

Os terapeutas ocupacionais em exercício, por meio de suas evocações, mostraram que a prática também influencia a forma como a profissão é representada. Esse resultado indica que o processo formativo se estende para além da universidade, onde novas representações da profissão podem ser construídas nos contextos da prática.

Entendendo que as representações sociais definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos, além de guiarem comportamentos e práticas (SÁ, 2002), conclui-se que para vivenciarmos uma realidade onde a profissão apresente uma definição coesa entre a classe refletindo no reconhecimento profissional que implicará em terapeutas ocupacionais que além de perceberem o outro, se percebem enquanto sujeitos de ação, as mudanças devem acontecer no processo de formação e na execução do ofício, cujo terapeuta ocupacional se aproprie da sua importância, qualificando-se e expondo ao público o seu conhecimento e a reflexão sobre a sua prática, saindo, assim dos bastidores das intervenções clínicas (BRANCO, 2005).

Ressalta-se, que o processo de mudança de uma representação social é lento. Primeiramente são transformados os elementos periféricos da representação, para somente depois os elementos centrais serem modificados, quando chegam a sê-lo de fato. Isto quer dizer que as representações se transformam mais lentamente do que as oscilações das realidades sociais, políticas e econômicas (OLIVEIRA et al, 2005).

Nesse sentido, uma proposta de mudança de modelos que se pretenda efetivar precisa levar em consideração o lapso de tempo necessário para a transformação das representações que devem acompanhá-los. Assim, a possibilidade existe, mas será necessário um trabalho árduo da classe em identificar os diversos níveis estruturantes das representações.

Dessa forma, espera-se que os resultados deste estudo se abram para outros questionamentos a respeito dos profissionais e futuros profissionais de TO, e possibilitem novas investigações nesse campo de pesquisa. Portanto, finalizo esse trabalho com as seguintes questões: Como os processos formativos poderiam influenciar na construção de representações que envolvam tanto o *ser* quanto o *fazer* profissional? Como as atuais representações que os terapeutas ocupacionais têm de sua profissão podem interferir na construção de representações da terapia ocupacional por outros profissionais e usuários? Em que medida o órgão regulador da profissão, CREFITO, pode contribuir para a construção de representações da Terapia Ocupacional que possibilitem um melhor reconhecimento de seu campo de estudo e atuação?

## REFERÊNCIAS

1. ABRIC, J.C. Abordagem Estrutural das Representações Sociais: Desenvolvimentos Recentes. In: CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S.(org.) **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Goiânia: Editora da UCG, 2003, p.37-57.
2. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo. 3. ed. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v.26 (Ed. especial), p. 1-49. 2015.
3. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011.
4. BEIRÃO, R.O.S.; ALVES, C.K.A. Terapia ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v.18, n.3, p.231-146. 2010.
5. BERTOLLIFILHO, C. Da colonização a Republica. In: BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2008, p. 5 - 15.
6. BEZERRA, W.C. **A terapia ocupacional na sociedade capitalista e sua inserção profissional nas políticas sociais no Brasil**. 2011.165f. Dissertação (Mestrado em serviço social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.
7. BRANCO, M. F. F.C. **Terapeuta Ocupacional: Construção de uma identidade profissional**. 2003. 104 f. Dissertação (Mestrado em ciências sociais) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.
8. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Reformulação do currículo mínimo dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional**. Parecern.622/82. Brasília,1982.
9. \_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: Outubro de 2014.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, 1990.**ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Disponível em:  
[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf) Acesso em: Outubro de 2014.
11. \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: Outubro de 2014.

12. \_\_\_\_\_.Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: Outubro de 2014.
13. BRITO, A.M.R. **Representação de dissentes de enfermagem sobre ser enfermeiro**. 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
14. CAMPOS, F.E.; HADDAD, A.E.; PIERANTONI, C.R.; BRENELLI, S.L.; CURY, G.C.; MARIOTA, M.C.; PASSARELLA, T. O programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde: pró-saúde. In: PIERANTONI, C.R.; VIANA, A.L.A. **Educação e saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.p. 25-36.
15. CANIGLIA, M. **Terapia ocupacional – Um Enfoque Disciplinar**. Belo Horizonte: Editora Ophicina de Arte e Prosa, 2005. 180 f.
16. CARVALHO, C. R. A. **A atuação dos terapeutas ocupacionais em unidades públicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação (mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
17. CARVALHO, C.R.A. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: Considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.2, p. 364-371, apr/junho. 2012.
18. CAVALCANTE, G. M. M.; TAVARES, M. M. F.; BEZERRA, W. C. Terapia ocupacional e capitalismo: articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo, v.19, n. 1, p. 29-33, jan./abr. 2008.
19. CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Adaptação ambiental e doméstica. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007. p. 420-426.
20. **CHIC, Classification Hiérarchique Classificatoire et Cohésitive**, Versão 4.1. Software.
21. **CNS. Conferência Nacional de Saúde**, 8, 1986. Brasília, Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
22. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES nº 1.133, de 1 de outubro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 de outubro de 2001. Seção 1E, p.131.
23. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 de março de 2002. Seção 1, p.12.

24. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466/ 2012**. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. Disponível em:  
[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html).  
Acesso em: Outubro de 2015.
25. DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**.3. ed. São Paulo: Editora Plexus, 2001.p.19 a 40.
26. **EVOC:Evocation**, 2005. Software.
27. FLAMENT, C. Aspects périphériques des représentations sociales. In: GUIMELLE,C. **Structures et transformation des représentations sociales**. Neuchâtel: DelachauxetNiestlé, 1986.
28. FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. 2 ed. Campinas: Papirus, 2001.
29. GALVÃO, M.A.M. Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil- Colônia a 1930. In: **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**. Ouro Preto, 2009, p.1 a 33.
30. GUIMARÃES, D. S. L.; FALCÃO, I. V. Análise de atividades e formação do terapeuta ocupacional: um estudo com os preceptores de estágio da UFPE. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo,v. 15, n.2, p. 63-70, maio/ago. 2004.
31. GORDON, D.M. A história da terapia ocupacional. In: CREPEAU, E.B.; COHN,E.S.; SCHELL, B.A.B. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**.11 ed.Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan,2011, p.204 a 217.
32. HAHN, M.S.; LOPES,R.E. Diretrizes para formação de terapeutas ocupacionais. **Pré-posições**. Campinas, v. 14, n.1, p. 121-139, jan-abr. 2003.
33. HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis:Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p.57-70, 2005.
34. HOHMANN, P.; CASSAPIAN, M.R. Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo,v. 22, n.1, p. 10-18, jan/abril. 2011.
35. HOPKINS,H.L. An historical perspective on occupational therapy. In: HOPKINS, H.L.; SMITH, H.D. **Willard and Spackman's occupational therapy**.5th ed. Philadelphia: Editora J.B. Lippincott. 1978. p. 3-23.
36. DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**.3. ed. São Paulo: Editora Plexus, 2001.p.19 a 40.

37. **EVOC:Evocation**, 2005. Software.
38. FIGUEIREDO NETO, M.V.; SILVA, P.F.; ROSA, L.C.S.; CUNHA, C.L.F.; SANTOS, R.V.S.G. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.** p.1-5. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7781](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781). Acesso em: Outubro de 2014.
39. FLAMENT, C. Aspects périphériques des représentations sociales. In: GUIMELLE, C. **Structures et transformation des représentations sociales.** Neuchâtel: DelachauxetNiestlé, 1986.
40. GALVÃO, M.A.M. Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil- Colônia a 1930. In: **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto.** Ouro Preto, 2009, p.1 a 33.
41. GUIMARÃES, D. S. L.; FALCÃO, I. V. Análise de atividades e formação do terapeuta ocupacional: um estudo com os preceptores de estágio da UFPE. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.** São Paulo, v. 15, n.2, p. 63-70, maio/ago. 2004.
42. HAHN, M.S.; LOPES, R.E. Diretrizes para formação de terapeutas ocupacionais. **Pré-posições.** Campinas, v. 14, n.1, p. 121-139, jan-abr. 2003.
43. HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis:Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), p.57-70, 2005.
44. HOPKINS, H.L. An historical perspective on occupational therapy. In: HOPKINS, H.L.; SMITH, H.D. **Willard and Spackman's occupational therapy.** 5th ed. Philadelphia: Editora J.B. Lippincott. 1978. p. 3-23.
45. JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001. p.17-44.
46. LIMA, N. N. **Amor à profissão, dedicação e o resto se aprende: significados da docência em educação infantil na ambigüidade entre a vocação e a profissionalização.** p.1-17. Disponível em: <http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT07-2570--Int.pdf>. Acesso em: Setembro de 2015.
47. LOW, J.F. Fundamentos Históricos e Sociais para a Prática. In: TROMBLY, C.A.; RADOMSKI, M.V. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas.** São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2008, p.17 a 30.
48. MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, maio/ago. 2011.

49. MOREIRA, A.B. Terapia Ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Revista Vita et Sanitas**. Trindade/Go, v. 2, n. 2, p.79-91, 2008.
50. MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. 1. ed. Paris: Press Universitaires de France, 1961.
51. \_\_\_\_\_. **La psychanalyse, son image et son public**. 2. ed. Paris: Press Universitaires de France, 1976.
52. \_\_\_\_\_. **Representações Sociais: Investigação em psicologia social**. 10. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.
53. NIKEL, R. **Terapia ocupacional em Curitiba e região metropolitana: trajetória e processo de formação**. 2007. 120 f. Tese (Doutorado em educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.
54. OLIVEIRA, D. C.; MARQUES S. C.; GOMES, M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Análise de evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NOBREGA, S. M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005.p. 573-603.
55. PAIM, J.; TAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Series**. Fascículo um. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: Setembro de 2014.
56. POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/historia-das-politicas-saude-no-brasil-pequena-visao>. Acesso em: Outubro de 2014.
57. SÁ, C.P. **Núcleo das representações sociais**. 2.ed. Petrópolis, Editora Vozes, 2002.
58. SARUBBI JUNIOR, V.S. **Representações sociais das equipes técnicas acerca do cuidado à criança nas creches da Universidade de São Paulo**. 2012. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
59. SARUBBI JUNIOR, V.S. *et al.* Desvelando o Programa EVOC 2000. In: REIS, A.O.A.; JUNIOR, V.S.; FIGUEIREDO NETO, M.M.B.; FIGUEIREDO NETO, M.L.R. **Tecnologias computacionais para o auxílio em pesquisas qualitativas**. São Paula: Editora Schoba, 2013, p.41-96.
60. SCHWARTZ, K.B. A história da terapia ocupacional. In: CREPEAU, E.B. *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. p.796 a 801.
61. SILVA, J.R.S.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. São Leopoldo, v.1, n.1, 2009, p.1-15.

62. SOARES, L. B. T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Editora Koogan, 2007. p. 3-9
63. SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.300-308, jul/sep. 1993.
64. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Colegiado do curso de graduação em terapia ocupacional. **Projeto Pedagógico Do Curso De Graduação Em Terapia Ocupacional Da Universidade Federal De Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2008.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACADÊMICOS E EGRESSOS DA PROFISSÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

**Pesquisador:** Leticia Rocha Dutra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37099114.1.0000.5146

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 846.386

**Data da Relatoria:** 23/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

O projeto destaca que terapia ocupacional é uma profissão da área da saúde que tem o objetivo de habilitar as pessoas a se engajarem nos papéis, tarefas e atividades cotidianas que têm significado para as mesmas e que definem suas vidas. No Brasil o surgimento da profissão se deu em virtude da influencia norte-americana e do Movimento Internacional de Reabilitação após a Segunda Guerra Mundial. Entretanto o curso passa a ser de nível universitário somente em 1961, com a aprovação da Lei do Currículo Mínimo com duração de três anos. Décadas mais tarde, em 2001, uma nova adequação curricular denominada Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, é proposta pelo MEC (Ministério da Educação), e está em vigor até os dias de hoje. Esse breve relato da história da terapia ocupacional revela a sua constituição, sua fundamentação teórico-científica e a aplicação no cenário profissional. Neste sentido, a autora acredita que é preciso identificar melhor quais são as representações da profissão de terapia ocupacional e para entender como se dá esse processo por parte da sociedade e dos terapeutas ocupacionais em processo de formação.

**Objetivo da Pesquisa:**

Verificar o desenvolvimento da representação social da profissão de terapia ocupacional em três momentos de sua formação: ingresso no curso, finalização do curso e após três anos de exercício

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricéa CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 848.388

profissional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa poderá gerar desconforto nos entrevistado, questões pessoais e de fórum íntimo podem ser expostas. As entrevistadas também terão o desconforto de disponibilizar parte do seu tempo de trabalho para conceder a entrevista. Por outro lado, a pesquisa pode auxiliar no entendimento do campo de atuação do terapeuta ocupacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta de pesquisa se encontra bem estruturada. Trata-se de uma importante iniciativa que procura identificar entender o perfil profissional e a atuação dos terapeutas ocupacionais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados no projeto cumprem todas as exigências legais do Comitê de Ética.

**Recomendações:**

Recomendo aprovação do projeto sem restrições. Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo assim somos pela aprovação do mesmo.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricéla CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 848.386

MONTES CLAROS, 27 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:**  
**SIMONE DE MELO COSTA**  
(Coordenador)

## **ANEXO 2 – EMENTAS DAS DISCIPLINAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL UFMG**

### **1º PERÍODO**

#### **1) História da Terapia Ocupacional (30 hs)**

**EMENTA:** Marcos históricos que antecederam o surgimento formal da profissão de Terapia Ocupacional. Surgimento e desenvolvimento da profissão no exterior e no Brasil. Realidade atual da formação profissional, das entidades de classe, da produção de conhecimento e do mercado de trabalho.

#### **2) Introdução ao Estudo da Ocupação (30 hs)**

**EMENTA:** Teorias do cotidiano. Conceituações de ocupação. Apresentação de modelos teóricos de ocupação que embasam a atuação do terapeuta ocupacional. Especificidade das ocupações em diferentes contextos sócio-culturais e históricos.

#### **3) Prática de Observação em Terapia Ocupacional I (30 hs)**

**EMENTA:** Atividades práticas de observação e estudos de caso com ênfase no estudo da ocupação e na manutenção da saúde. Apresentação de serviços e profissionais de Terapia Ocupacional nas diferentes áreas de atuação profissional e níveis de atenção à saúde. Disciplina articulada às disciplinas História da Terapia Ocupacional e Introdução ao Estudo da Ocupação.

#### **4) Metodologia do Trabalho Científico (30 hs)**

**EMENTA:** Leitura científica e normas técnicas de estruturação e redação de trabalhos acadêmicos: apresentação oral, pôster, relatórios, sínteses. Introdução à pesquisa eletrônica. Técnicas de observação de campo.

#### **5) Antropologia Cultural (60 hs)**

**EMENTA:** Introdução à Teoria Antropológica. Evolução da cultura. Estudos etnográficos sobre a constituição da Sociedade Brasileira e as diversidades sócio-culturais da atualidade. A saúde/doença como processo sócio-cultural.

#### **6) Sociologia (60 hs)**

**EMENTA:** Introdução ao estudo das sociedades. Estrutura e organização social: estratificação e classes. Análise e interpretação dos fenômenos sociais. Visão abrangente da dinâmica da realidade social brasileira contemporânea.

#### **7) Anatomia Aplicada à Terapia Ocupacional (60 hs)**

**EMENTA:** Organização macroscópica dos sistemas do corpo humano e análise da morfologia e funções. Ênfase no estudo dos sistemas esquelético, muscular e nervoso para compreensão do movimento e função humana.

**8) Biologia Celular e Metabólica (60 hs)**

**EMENTA:** Célula eucariota e tecidos animais: aspectos morfológicos, metabólicos e funcionais, com ênfase nos sistemas esquelético, muscular e nervoso.

**2º PERÍODO****1) Fundamentos Básicos da Atenção em Saúde (30 hs)**

**EMENTA:** Processo de trabalho em saúde. Biossegurança. A criança, o adolescente, o adulto e o idoso nos programas de saúde.

**2) Introdução ao Estudo da Saúde (45 hs)**

**EMENTA:** Percurso histórico das políticas públicas e sociais no Brasil até a atualidade. Legislação referente às pessoas com deficiência, em situações de risco, crianças e adolescentes, idoso, trabalhadores. Inserção do terapeuta ocupacional na saúde pública. Apresentação da família de Classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS): Classificação Internacional de Doenças e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

**3) Grupos e Instituições (30 hs)**

**EMENTA:** Abordagens teóricas e dinâmica de grupos. Estudo das instituições e sua incursão no campo da saúde.

**4) Processos de inclusão social (30hs)**

**EMENTA:** Teorias sobre inclusão social. História da loucura e estigmas sócio-econômico-culturais. Diferentes abordagens e experiências de inclusão social com crianças, adultos, idosos com deficiência e indivíduos em situação de risco social.

**5) Prática de Observação em Terapia Ocupacional II (30 hs)**

**EMENTA:** Atividades práticas de observação e estudos de caso relacionados à promoção e prevenção da saúde. Disciplina prática articulada à disciplina de Introdução ao Estudo da Saúde.

**6) Ética e Deontologia (30 hs)**

**EMENTA:** Conceituação e princípios da ética e da deontologia. Relação terapêutica, habilidades e condutas éticas imprescindíveis ao desempenho do profissional na área da saúde. Legislação que regulamenta a profissão de Terapia Ocupacional no Brasil e no mundo. Papéis, objetivos e funcionamento das entidades de classe da profissão.

**7) Fisiologia Aplicada à Terapia Ocupacional (90 hs)**

**EMENTA:** Funcionamento de órgãos, aparelhos e sistemas do corpo humano com ênfase nos sistemas nervoso, muscular e esquelético.

**8) Neuroanatomia Aplicada à Terapia Ocupacional (45 hs)**

**EMENTA:** Estruturas externas, internas do sistema nervoso central humano, das vias motoras sensitivas e das áreas ligadas ao comportamento emocional: estudo em peças anatômicas isoladas e modelos.

**3º PERÍODO****1) Desenvolvimento da infância à adolescência (75 hs)**

**EMENTA:** Caracterização do desenvolvimento físico, sensório-motor, cognitivo, psicossocial do neonatal até a adolescência, segundo diferentes teorias do desenvolvimento humano. Estudo das teorias de aquisição e desenvolvimento de habilidades. Caracterização do perfil ocupacional dessa faixa etária em diferentes contextos sócio-econômicos e culturais.

**2) Desenvolvimento do adulto ao idoso (45 hs)**

**EMENTA:** Caracterização do desenvolvimento físico, sensório-motor, cognitivo, psicossocial do adulto até a velhice, segundo diferentes teorias do desenvolvimento humano. Caracterização do perfil ocupacional dessa faixa etária em diferentes contextos sócio-econômicos e culturais.

**3) Estudo das Atividades de Vida Diária (30 hs)**

**EMENTA:** Abordagens teóricas das atividades de vida diária. Estudo das atividades de vida diária em diferentes contextos sócio - econômico - culturais, da infância à velhice.

**4) Estudo do Trabalho (30 hs)**

**EMENTA:** Abordagens teóricas do trabalho. Estudo do trabalho em diferentes contextos sócio-econômico-culturais, do adolescente ao idoso.

**5) Estudo do Lazer (30 hs)**

**EMENTA:** Abordagens teóricas do lazer. Estudo do lazer em diferentes contextos sócio-econômico-culturais, da infância à velhice.

**6) Estudo do Brincar (30 hs)**

**EMENTA:** Abordagens teóricas do brincar. Estudo do brincar em diferentes contextos sócio-econômico-culturais.

**7) Prática de Observação em Terapia Ocupacional III (30 hs)**

**EMENTA:** Atividades práticas de observação e estudos de caso sobre a organização do cotidiano da criança ao idoso no que diz respeito ao desempenho e participação em atividades e tarefas relacionadas ao auto cuidado, trabalho, lazer, brincar.

Disciplina prática articulada às disciplinas Desenvolvimento Humano, Estudo das Atividades de Vidas Diária, Estudo do trabalho, Estudo do lazer, Estudo do Brincar.

**8) Patologia Geral (60 hs)**

**EMENTA:** Análise, demonstração e interpretação dos principais processos patológicos gerais que ocorrem no organismo. Relação entre causa, desenvolvimento e consequências dos principais processos patológicos básicos.

**4º PERÍODO****1) Técnicas e Instrumentos de Avaliação (60 hs)**

**EMENTA:** Apresentação dos conceitos: “testar”, “avaliar”, “medir”. Finalidade de testes e avaliações, análise das propriedades psicométricas dos testes e avaliações usadas na prática da Terapia Ocupacional. Procedimentos gerais de avaliação (entrevistas, testes, relógios de atividades, histórico ocupacional e observação). Ênfase no Raciocínio Clínico em Terapia Ocupacional fundamentado em evidências científicas.

**2) Análise de Atividade e Ocupação Humana (45hs)**

**EMENTA:** Utilização de procedimentos de análise de atividades segundo diferentes autores. Análise do indivíduo em atividade, considerando as fases do desenvolvimento humano, em diferentes contextos sócio-econômico-culturais.

**3) Prática Clínica em Terapia Ocupacional I (45 hs)**

**EMENTA:** Atividades de prática clínica e estudos de caso com ênfase nos procedimentos de avaliação usados na Terapia Ocupacional. Ênfase na aplicação de testes e instrumentos para avaliação das atividades de vida diária, trabalho, lazer e brincar. Raciocínio Clínico em Terapia Ocupacional fundamentado em evidências científicas para nortear a escolha e utilização de testes e instrumentos. Esta prática está articulada à disciplina de Técnicas e Instrumentos de Avaliação.

**4) Patologia Aplicada à Terapia Ocupacional (45 hs)**

**EMENTA:** Estudo específico das principais doenças em órgãos e sistemas, usualmente observados em pacientes que necessitam dos cuidados de profissionais de Terapia Ocupacional.

**5) Psicopatologia Para A Terapia Ocupacional (30 hs)**

**EMENTA:** Fundamentação histórica da psiquiatria. conceituar e reconhecer os principais sintomas psicopatológicos e síndromes psiquiátricas com seus respectivos tratamentos psicofarmacológicos. enfatizar os transtornos invasivos de desenvolvimento, psicóticos, de ansiedade, de humor, somatoformes e as dependências químicas.

**6) Aparelho Locomotor Para A Terapia Ocupacional (30 hs)**

**EMENTA:** Conceituação das principais patologias do aparelho locomotor com ênfase no aspecto funcional. mecanismo fisiopatológico e principais manifestações clínicas.

#### **7) Saúde Da Criança E Do Adolescente Para A Terapia Ocupacional (15 hs)**

**EMENTA:** Princípios da atenção integral à saúde da criança e do adolescente, no desempenho das atividades no seu dia a dia da criança/adolescente, em casa, na comunidade, na escola e em situações de hospitalização ou asilar. sugestões de manejo para as equipes de intervenção multiprofissional.

#### **8) Neurologia Para A Terapia Ocupacional (30 hs)**

**EMENTA:** Estudo da sintomatologia geral e dos principais distúrbios neurológicos objetivando capacitar o aluno para utilizar esses conhecimentos no tratamento terapêutico-ocupacional de pacientes que apresentam disfunções nessa área.

#### **9) Cinesiologia e Biomecânica Aplicada à Terapia Ocupacional (60 hs)**

**EMENTA:** Estudo teórico-prático do movimento humano, com ênfase na aplicação das conceitos físicos ao corpo humano em movimento. Análise do movimento sob os aspectos de sua amplitude, dos músculos envolvidos e dos diferentes graus de função muscular. Compreensão do aparelho músculo-esquelético e sua relação com o movimento humano e o processo de função e disfunção humana.

### **5º PERÍODO**

#### **1) Intervenções em Terapia Ocupacional I (120 hs)**

**EMENTA:** Abordagens cognitiva-comportamental, psicodinâmica, sistêmica e psicossocial utilizadas pelo terapeuta ocupacional na intervenção junto a crianças, adolescentes, adultos e idosos com transtornos psíquicos, cognitivos e psicossociais. Identificação das dificuldades dos indivíduos nas áreas de auto-cuidado, trabalho, lazer e brincar ocasionadas pelo adoecimento. Análise crítica da evidência científica dos efeitos dessas intervenções em indivíduos com diferentes alterações cognitivas e psicossociais.

#### **2) Prática Clínica em Terapia Ocupacional II (45 hs)**

**EMENTA:** Acompanhamento dos atendimentos em Terapia Ocupacional junto a crianças, adolescentes, adultos e idosos com transtornos psíquicos, cognitivos e psicossociais em domicílios, comunidades e demais serviços. Identificação das dificuldades dos indivíduos nas áreas de auto-cuidado, trabalho, lazer e brincar ocasionadas pelo adoecimento.

### **3) Intervenções em Terapia Ocupacional II (90 hs)**

**EMENTA:** Intervenções da Terapia Ocupacional no campo social: atuação do terapeuta ocupacional com indivíduos em situação de risco social, prioritariamente com dificuldades de inclusão social por questões de natureza sócio-econômica-cultural. Intervenções da Terapia Ocupacional em Saúde e Trabalho.

### **4) Metodologia da pesquisa Científica (30hs)**

**EMENTA:** Introdução ao método científico caracterizando as diferentes fases do processo de investigação. Procedimentos utilizados na condução de pesquisas quantitativas e qualitativas. Descrição das etapas de elaboração de projetos de investigação científica, relatórios de pesquisa e monografia. Análise crítica de artigos científicos relevantes à prática do terapeuta ocupacional. Elaboração do projeto de trabalho de conclusão de curso: monografia, artigo ou projeto terapêutico e outros.

## **6º PERÍODO**

### **1) Intervenções em Terapia Ocupacional III (120 hs)**

**EMENTA:** Abordagens neuroevolutiva (Kabat, Bobath, Brunstromm), biomecânica reabilitadora e educativa utilizadas pelo terapeuta ocupacional na intervenção junto a crianças, adolescentes, adultos e idosos com alterações sensório-perceptuais e do movimento. Identificação das dificuldades dos indivíduos nas áreas de auto-cuidado, trabalho, lazer e brincar ocasionadas pelo adoecimento. Análise crítica das evidências científicas dos efeitos dessas intervenções em indivíduos com diferentes alterações sensório-perceptuais e do movimento.

### **2) Tecnologia Assistiva (30 hs)**

**EMENTA:** Tecnologia de assistência utilizada no processo de reabilitação e participação social de indivíduos para maximizar o desempenho ocupacional em atividades de vida diária, trabalho, lazer e brincar. Leis, Normas, Regulamentos que norteiam a acessibilidade de pessoas com deficiência. Análise e projeto de equipamentos de assistência.

### **3) Órteses (30 hs)**

**EMENTA:** Definição, classificação, indicação e contra-indicação das órteses. Princípios mecânicos e de *design*, e tipos de materiais utilizados para confecção das órteses. Confecção de diferentes tipos de órteses.

### **4) Cinesioterapia (30 hs)**

**EMENTA:** Estudo do movimento no desempenho de atividades e tarefas de rotina diária. Métodos e técnicas utilizados para melhoria dos déficits dos componentes de desempenho, visando a capacidade funcional de indivíduos de diferentes faixas etárias nas atividades de vida diária, trabalho, brincar e lazer.

**5) Prática Clínica em Terapia Ocupacional III (45hs)**

**EMENTA:** Acompanhamento dos atendimentos em Terapia Ocupacional junto a crianças, adolescentes, adultos e idosos com transtornos sensório-perceptuais e do movimento em domicílios, comunidades e demais serviços. Identificação das dificuldades dos indivíduos nas áreas de auto-cuidado, trabalho, lazer e brincar ocasionadas pelo adoecimento.

**6) Introdução à Bioestatística (60 hs)**

**EMENTA:** Papel da Estatística na área da saúde. Análise descritiva e exploratória de dados. Introdução à probabilidade e sua aplicação na avaliação da qualidade de testes diagnósticos. Conceitos básicos sobre inferência estatística.

## 7º PERÍODO

**1) Clínica em Terapia Ocupacional – Saúde da Criança e do Adolescente (360 hs)**

**EMENTA:** Atuação do acadêmico de Terapia Ocupacional em serviços que prestam atendimento a crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, psicossociais, cognitivos e com alterações sensório-perceptuais e do movimento, nos três níveis de atenção à saúde.

**2) Trabalho de Conclusão de Curso I (15 hs)**

**EMENTA:** Início do trabalho de conclusão de curso, podendo ser apresentado em forma de monografia, artigo, projeto terapêutico, e outros. Os trabalhos serão desenvolvidos em dupla de estudantes com orientação docente.

## 8º PERÍODO

**1) Estágio Curricular em Terapia Ocupacional – Saúde do Adulto e do Idoso (360 hs)**

**EMENTA:** Atuação do acadêmico de Terapia Ocupacional em serviços que prestam atendimento a adultos e idosos com transtornos psíquicos, psicossociais, cognitivos e com alterações sensório-perceptuais e do movimento, nos três níveis de atenção à saúde.

**2) Trabalho de Conclusão de Curso II (15 hs)**

**EMENTA:** Finalização e apresentação do trabalho de conclusão de curso.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 - Questionário de evocação livre de palavras

FORMULÁRIO PARA PREENCHIMENTO DOS COLABORADORES
1: Identificação
Nome: _____
Email: _____
Sexo:
<input type="checkbox"/> Masculino (1) <input type="checkbox"/> Feminino (2)
Idade:
<input type="checkbox"/> Entre 18 e 20 anos (3) <input type="checkbox"/> Entre 21 e 23 anos (4) <input type="checkbox"/> Acima de 24 anos (5)
Período da Graduação:
<input type="checkbox"/> 1º Período (6) <input type="checkbox"/> 2º Período (6) <input type="checkbox"/> 7º Período (7) <input type="checkbox"/> 8º Período (7)
<input type="checkbox"/> Profissional Formado (8)
2: Evocações de Palavras Livres
1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____
_____
_____
_____
3: Gostaria de fazer comentários sobre algo que considere importante?
_____
_____

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, de 2014.

## APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACADÊMICOS E EGRESSOS DA PROFISSÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL”, em virtude de você obedecer aos critérios de inclusão necessários para participar da pesquisa (estar matriculado de maneira regular no primeiro período ou no oitavo período do curso de terapia ocupacional da UFMG; estar matriculado no curso de terapia ocupacional da UFMG por toda a graduação; ser egresso da instituição eleita durante toda a graduação, estar atuando como terapeuta ocupacional a mais de três anos), coordenada pelo (a) Professor (a) Paulo Afrânio Sant’Anna.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a UFMG.

Os objetivos desta pesquisa são: verificar o desenvolvimento da representação social da profissão de terapia ocupacional em três momentos de sua formação: ingresso no curso, finalização do curso e após três anos de exercício profissional. Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: responder um questionário de evocação livre de palavras. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 30 minutos.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, pois trata-se de uma técnica não-invasiva. Tais riscos poderão envolver algum tipo de desconforto que você pode vir a sentir ao preencher o questionário, e este será minimizado lhe garantindo o direito em não responder a questionário sem nenhum prejuízo ao mesmo. Outro fator significativo em relação aos riscos é que o tema do estudo não envolve aspectos de fórum íntimo ou questões socialmente conflitantes diminuindo a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário.

Os benefícios relacionados com a sua participação é que se espera favorecer uma reflexão entre os terapeutas ocupacionais em formação e aqueles em exercício profissional acerca de suas perspectivas sobre a profissão. Acredita-se que tal reflexão possa favorecer esses profissionais a se apropriem de sua identidade profissional e possivelmente estimulá-los a delinear estratégias que dê maior visibilidade e credibilidade a profissão, minimizando o quadro estigmatizado da terapia ocupacional.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não estão previsto gastos financeiros, assim não está previsto ressarcimento. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_



Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM  
 Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba–  
 Diamantina/MG CEP39100000  
 Tel.: (38)3532-1240 –  
 Coordenadora: Profª. Thaís Peixoto Gaiad Machado  
 Secretaria: Dione de Paula  
 Email: [cep.secretaria@ufvjm.edu.br](mailto:cep.secretaria@ufvjm.edu.br) e/ou [cep@ufvjm.edu.br](mailto:cep@ufvjm.edu.br).

### APÊNDICE 3 – Carta de Aceite da Instituição Co-participante



**EEFFTO**  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO  
FÍSICA, FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL

#### CARTA DE ACEITE

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária (oferecer uma sala, em horários disponíveis e compatíveis com as atividades na EEFFTO para os pesquisadores aplicarem os seus protocolos de pesquisa.) para a garantia da segurança e bem-estar.

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

## **APÊNDICE 4 – Carta de Apresentação do Projeto à Instituição Co-participante**

### **Carta de Apresentação**

A terapia ocupacional é uma profissão da área da saúde que tem o objetivo de habilitar as pessoas a se engajarem nos papéis, tarefas e atividades cotidianas que têm significado para as mesmas e que definem suas vidas (TROMBLY, 1993). Embora seja uma profissão com mais de um século, observa-se que parte da sociedade concebe esta atividade de maneira equivocada. Em alguns casos a terapia ocupacional é entendida como mera ocupação, como uma profissão que necessita de outro profissional para prescrever suas condutas, ou, em outros, é simplesmente desconhecida (BRANCO; TAVARES, 2005). Nessa ótica, alguns aspectos referentes à representação social da Terapia Ocupacional como profissão histórica e socialmente construída vêm influenciando as percepções que os terapeutas ocupacionais e os futuros terapeutas ocupacionais têm da sua profissão.

Para tal foi criado um projeto de mestrado profissional “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PROFISSÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL” pela terapeuta ocupacional Letícia Rocha Dutra egressa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e atual bolsista do programa de Pós-graduação Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), sob a orientação do Professor Doutor Paulo Afrânio Sant’Anna. O objetivo geral desse estudo é verificar o desenvolvimento da representação social da profissão de terapia ocupacional em três momentos de sua formação: ingresso no curso, finalização do curso e após três anos de exercício profissional.

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal e de abordagem qualitativa. A população de estudo compreenderá três grupos, sendo eles: acadêmicos do primeiro e oitavo período do curso de graduação em Terapia ocupacional e egressos do curso Terapia ocupacional. Através da Técnica de Evocação Livre de palavras os sujeitos do estudo serão convidados a preencher um questionário que buscará apreender as representações sociais dos mesmos frente a um termo indutor. Ao ser identificado o Núcleo Central dos três grupos participantes (acadêmicos do primeiro e oitavo período do curso de terapia ocupacional e egressos), será identificado o núcleo das representações a cerca da terapia ocupacional de cada grupo.

Os riscos relacionados à participação dos sujeitos serão mínimos, pois trata-se de uma técnica não-invasiva. Tais riscos poderão envolver algum tipo de desconforto ao preencher o questionário, e este será minimizado garantindo o direito em não responder a questionário sem nenhum prejuízo ao mesmo. Outro fator significativo em relação aos riscos é que o tema

do estudo não envolve aspectos de fórum íntimo ou questões socialmente conflitantes diminuindo a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário.

Os benefícios relacionados com a participação desses sujeitos é que se espera favorecer uma reflexão entre os terapeutas ocupacionais em formação e aqueles em exercício profissional acerca de suas perspectivas sobre a profissão. Acredita-se que tal reflexão possa estimular esses profissionais a se apropriem de sua identidade profissional e possivelmente estimulá-los a delinear estratégias que dê maior visibilidade e credibilidade a profissão, minimizando o quadro estigmatizado da terapia ocupacional.

Atenciosamente,

Letícia Rocha Dutra