



UNIVERSIDADE DE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ANGÉLICA DA SILVA ARAUJO

**CONSTRUÇÕES TEÓRICAS SOBRE O RACIOCÍNIO CLÍNICO DE TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS EXPERTS QUE UTILIZAM O MÉTODO TERAPIA
OCUPACIONAL DINÂMICA**

São Carlos – SP
2022

ANGÉLICA DA SILVA ARAUJO

**CONSTRUÇÕES TEÓRICAS SOBRE O RACIOCÍNIO CLÍNICO DE TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS EXPERTS QUE UTILIZAM O MÉTODO TERAPIA
OCUPACIONAL DINÂMICA**

Tese apresentada para ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional como parte obrigatória para obtenção do título de Doutora em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Área de concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional.

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

Orientadora: Profa Dra Taís Quevedo Marcolino

Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

São Carlos – SP

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Angélica da Silva Araujo, realizada em 25/02/2022.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Tais Quevedo Marcolino (UFSCar)

Profa. Dra. Ana Lucia Borges da Costa (UCLan)

Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis (UFES)

Prof. Dr. Ricardo Lopes Correia (UFRJ)

Profa. Dra. Claudia Aline Valente Santos (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa Dra Taís Quevedo Marcolino, por me dar a oportunidade de estabelecermos essa relação triádica. Por manejar os movimentos dinâmicos entre estes três termos – eu, ela e esta tese – com tanta expertise. Pelos ensinamentos, disponibilidade, confiança, paciência, respeito, ética-estética, cuidado e afeto.

À Jô Benetton, por ter construído, com dedicação e cuidado, o Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

À Profa Dra Cláudia Aline Valente dos Santos, por me incentivar a cursar a especialização clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica, a partir do que todo esse trabalho surgiu.

Às participantes – terapeutas ocupacionais experts – desta pesquisa. Pela disponibilidade de dividirem comigo seus saberes e práticas, sem as quais este trabalho não existiria.

Ao Ciro, pela parceria durante a maior parte deste trabalho. Por abrir minha mente para a construção subjetiva do conhecimento. Pelas reflexões, discussões acadêmicas, incentivo, apoio, ensinamentos e paciência.

À Profa Dra Elizabeth Anne Kinsella, por ter me acolhido com cuidado e afeto no Canadá. Por ter me ensinado e dividido seus conhecimentos comigo. Por ter me inspirado a seguir estudando e pesquisando.

À Tássia, pela amizade, acolhimento, paciência, parceria, risos e choros. Por acreditar em mim.

À colega Isabela Paschoalotto, por ter escrito o “*Tratado da Liberdade e do Desejo*”, o qual li e reli diversas vezes, para sempre lembrar que “...*minha relação com o conhecimento se desenrola no tempo da vida...*” e não no prazo de um curso de doutorado.

À Profa Dra Sabrina Ferigato, por me acolher. Pela luta e enfrentamento aos golpes da pós-graduação.

Às colegas do meu grupo de pesquisa: Ana Carolina, Laysla, Leila e Naila. Pelo incentivo, apoio, escuta, cuidado e afeto.

Aos meus familiares (minha mãe Laudeci e meus irmãos Eurípedes, Jansley e Allan), por me apoiarem e compreenderem minhas ausências. E ao meu pai Allan Kardec (*in memoriam*), que eu queria tanto que tivesse presenciado a conquista deste título de doutora.

Ao Rafael, por acompanhar a finalização deste trabalho. Pela escuta, paciência e compreensão. Por me incentivar, acreditar e me lembrar que eu seria capaz de finalizar.

À CAPES, pelo apoio ao meu programa de pós graduação e por financiar minha participação no “Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior - PDSE”.

Às e aos colegas de trabalho do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto e do Hospital Nestor Goulart Reis. Pelo apoio, incentivo e compreensão de minhas necessidades.

Às professoras e funcionários do PPGTO, pelos ensinamentos, orientações e direcionamentos.

Às e aos professores e professoras que compuseram as bancas de exames de qualificação e defesa desta tese: Profa Dra Ana Lucia Borges da Costa, Profa Dra Cláudia Aline Valente dos Santos, Profa Dra Maria Fernanda Barboza Cid, Prof. Dr. Miguel Angel Talavera Valverde, Profa Dra Teresinha Cid Constantinidis e Prof. Dr. Ricardo Lopes Correia. Pela disponibilidade e contribuições construtivas.

A todas e todos não citados acima, mas que fizeram parte desta etapa tão importante de minha vida.

RESUMO

Introdução: O raciocínio clínico é um fenômeno complexo e intrínseco à prática, investigado na Terapia Ocupacional desde a década de 1980. Um dos elementos que sustenta o raciocínio clínico é o referencial teórico-metodológico utilizado na prática. O Método Terapia Ocupacional Dinâmica é um referencial teórico-metodológico que vem sendo construído no Brasil desde a década de 1970. **Objetivo:** Construir uma compreensão teórica sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts brasileiras que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica como principal referencial teórico-metodológico na prática profissional. **Metodologia:** Como metodologia de pesquisa qualitativa, foi utilizada a vertente construtivista da Teoria Fundamentada em Dados. As participantes foram 10 terapeutas ocupacionais experts. Os dados foram coletados por meio de: ficha de caracterização das participantes, entrevistas individuais, entrevista em grupo e diário de campo. O método Análise Comparativa Constante foi utilizado para análise dos dados. Coleta e análise de dados foram conduzidas simultaneamente. **Resultados:** Conforme o Método Terapia Ocupacional Dinâmica foi sendo construído, modos específicos de pensar a prática e de agir também foram sendo propostos. As terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica têm um raciocínio clínico amplamente sustentado neste referencial. Elas empregam, ao longo de toda a prática, três tipos de raciocínio: ético-estético, associativo e dinâmico, construindo uma prática que percorre dinamicamente os processos propostos no Método Terapia Ocupacional Dinâmica: 1) construção do diagnóstico situacional; 2) estabelecimento e manejo da relação triádica; e 3) avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas, ao longo dos quais modos específicos de pensamento também são empregados. Envolver-se em estratégias formativas e reflexivas – formações após a graduação, supervisão, discussão de casos com pares, estudos dirigidos a partir de situações da prática e registros escritos dos atendimentos – foram fatores que contribuíram para que o raciocínio dessas profissionais experts deixasse de ser focado em aspectos biomédicos e passasse a ser focado na saúde e na ampliação do cotidiano e da vida das pessoas atendidas, a partir do que é significativo, singular e situacional para cada sujeito-alvo. **Discussão:** Esta pesquisa avança na literatura sobre o tema: 1) ao propor uma compreensão teórica sobre como um referencial teórico-metodológico brasileiro sustenta o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais; 2) ao descrever três tipos de raciocínio ainda não descritos na literatura – ético-estético, associativo e dinâmico; 3) ao detalhar como o raciocínio clínico das participantes é construído dinamicamente com base nos processos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica; 4) ao mostrar que diversos fatores – em especial a formação no Método Terapia Ocupacional

Dinâmica e a supervisão – contribuem para a ampliação e aprimoramento do raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais. **Considerações finais:** Foi possível identificar que o Método Terapia Ocupacional Dinâmica é um referencial teórico-metodológico que sustenta um pensar-agir situado, singular, ético-estético, associativo, dinâmico e aberto, que permite que terapeutas ocupacionais considerem, na construção do raciocínio clínico, diversos aspectos necessários para um cuidado centrado nas necessidades e nos desejos da pessoa atendida.

Palavras-chave: Raciocínio Clínico; Terapia Ocupacional; Prática Profissional; Tomada de Decisão Clínica; Teoria Fundamentada.

ABSTRACT

Introduction: Clinical reasoning is recognized as a complex phenomenon, intrinsic to practice, studied in Occupational Therapy since the 1980s. One of the factors underpinning clinical reasoning is the framework employed in professional practice. The Dynamic Occupational Therapy Method is a Brazilian framework that has been constructed since the 1970s.

Objective: To explore the clinical reasoning of Brazilian expert occupational therapists employing the Dynamic Occupational Therapy Method as the main framework in their professional practice. **Methodology:** The Constructivist Grounded Theory approach was used to guide this qualitative study. The participants were 10 expert occupational therapists employing the Dynamic Occupational Therapy Method as the main framework in their professional practice. The data were collected through: participant characterization form, individual interviews, group interview, and field journal. The constant comparative analysis method was used for data analysis. The data were collected and analyzed simultaneously.

Results: As the Dynamic Occupational Therapy Method was being constructed, specific ways of thinking about practice and acting in practice were also being proposed. Expert occupational therapists who employ the Dynamic Occupational Therapy Method as the main framework in their practice have a clinical reasoning largely supported by this framework. They employ, throughout the practice, three types of reasoning: ethical-aesthetic, associative, and dynamic, structuring their practice dynamically around the three processes proposed in the Dynamic Occupational Therapy Method: 1) construction of the situational diagnostic; 2) establishment and management of the triadic relationship; and 3) dialogical assessment of the therapeutic process/associative paths, processes along which specific characteristics of thinking are also employed. Engaging in post-undergraduate formation and in reflective strategies – such as training after completing their undergraduate in Occupational Therapy, supervision, peer-discussion about their practice, theoretical studies based on their professional practice, and writing about their practices – were factors that contributed to the reasoning expansion of the participants, that became less focused on biomedical aspects and more focused on the health and on the expansion of the everyday life of their clients, based on what is important, singular, and situational for each target-person. **Discussion:** This research advances: 1) by proposing a grounded theory about how a Brazilian framework underpins the clinical reasoning of occupational therapists; 2) by describe three types of reasoning – ethical-aesthetic, associative and dynamic; 3) by detailing how the clinical reasoning of the participants is dynamically constructed based on the processes of the Dynamic Occupational Therapy Method; 4) by showing that several factors - especially the training in the Dynamic Occupational Therapy

Method and the supervision - contribute to the expansion and improvement of the occupational therapists' clinical reasoning. **Conclusions:** It was possible to identify that the Dynamic Occupational Therapy Method is a framework that supports a situated, singular, ethical-aesthetic, associative, and dynamic reasoning, which allows occupational therapists to consider, in the construction of their clinical reasoning, several important aspects for a client-centred care, based on the needs and on the desires of the target-person.

Keywords: Clinical Reasoning; Occupational Therapy; Professional Practice; Clinical Decision- Making; Grounded Theory.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Exemplo dos processos de codificação inicial, focalizada e teórica | 54 |
| Quadro 2. Processo de coleta e de análise dos dados desta pesquisa | 55 |
| Quadro 3. Experiências profissionais anteriores das participantes como terapeuta ocupacional | 59 |
| Quadro 4. Categorias e subcategorias delineadas para caracterizar como um modo específico de raciocínio clínico foi sendo construído ao longo da construção do MTOD | 61 |
| Quadro 5. Categorias e subcategorias delineadas para caracterizar o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts | 70 |
| Quadro 6. Categorias delineadas para caracterizar o raciocínio clínico e o desenvolvimento profissional das terapeutas ocupacionais experts | 89 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Caracterização das participantes | 58 |
| Tabela 2. Tempo trabalhando em consultório particular | 60 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Codificação linha a linha | 51 |
| Figura 2. Codificação focalizada | 52 |
| Figura 3. Representação do raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica | 104 |

LISTA DE SIGLAS

TFD - Teoria Fundamentada em Dados

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

CETO - Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional

MTOD - Método Terapia Ocupacional Dinâmica

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| TRILHANDO CAMINHOS | 12 |
| APRESENTAÇÃO | 14 |
| PARTE 1. INTRODUÇÃO | 16 |
| CAPÍTULO 1 - RACIOCÍNIO CLÍNICO EM TERAPIA OCUPACIONAL | 17 |
| O que é raciocínio clínico | 18 |
| Como é o processo de raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais | 18 |
| Tipos de raciocínio clínico | 20 |
| Fatores que influenciam o raciocínio clínico | 21 |
| Raciocínio clínico e desenvolvimento profissional | 23 |
| Referenciais teórico-metodológicos sustentando o raciocínio clínico | 23 |
| Perspectivas emergentes sobre raciocínio clínico em Terapia Ocupacional | 25 |
| CAPÍTULO 2 - MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA | 26 |
| Histórico e caracterização geral | 26 |
| História e Paradigma da Terapia Ocupacional | 27 |
| O nome “Método Terapia Ocupacional Dinâmica” | 28 |
| Método Terapia Ocupacional Dinâmica: um modo de fazer terapia ocupacional | 29 |
| O raciocínio clínico no Método Terapia Ocupacional Dinâmica | 36 |
| CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVAS, QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS | 38 |
| Justificativas deste estudo | 38 |
| Questão de pesquisa | 38 |
| Objetivos | 39 |
| PARTE 2. METODOLOGIA E PERCURSO METODOLÓGICO | 40 |
| CAPÍTULO 4 - TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS | 41 |
| Origens, contexto histórico e fundamentação teórica | 42 |
| Vertente construtivista | 43 |
| Construção de teorias interpretativas | 45 |
| CAPÍTULO 5 - PERCURSO METODOLÓGICO | 46 |
| Aspectos éticos | 46 |
| Participantes | 46 |
| Coleta de dados | 47 |
| Análise de dados | 49 |
| PARTE 3. RESULTADOS | 56 |
| CAPÍTULO 6 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES | 58 |
| CAPÍTULO 7 – INTRODUÇÃO À TEORIA FUNDAMENTADA: DESENVOLVIMENTO DO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA – NOVOS MODOS DE PENSAR A PRÁTICA E DE AGIR | 61 |
| Categoria 1 - Busca por materiais teóricos e experimentações na prática | 62 |

| | |
|--|------------|
| Categoria 2 - Invenções | 64 |
| Categoria 3 - Emergência de um modo de raciocínio clínico no Método Terapia Ocupacional Dinâmica | 67 |
| CAPÍTULO 8 - RACIOCÍNIO CLÍNICO NO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA | 70 |
| Categoria 1 - Definições sobre o raciocínio clínico | 70 |
| Subcategoria 1 - O que é raciocínio clínico | 70 |
| Subcategoria 2 - O que compõe o raciocínio clínico | 72 |
| Categoria 2 - Raciocínio ético-estético, associativo e dinâmico | 73 |
| Subcategoria 1 - Raciocínio ético-estético | 73 |
| Subcategoria 2 - Raciocínio associativo | 75 |
| Subcategoria 3 - Raciocínio dinâmico | 78 |
| Categoria 3 - O Método Terapia Ocupacional Dinâmica sustentando o raciocínio clínico | 80 |
| Subcategoria 1 - Diagnóstico situacional | 80 |
| Subcategoria 2 - Relação triádica | 83 |
| Subcategoria 3 - Avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas | 85 |
| Caso clínico - exemplificando o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica | 87 |
| CAPÍTULO 9 - RACIOCÍNIO CLÍNICO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL | 89 |
| Categoria 1 - Raciocínio clínico no início da carreira | 89 |
| Categoria 2 - Mudanças no raciocínio clínico ao longo da carreira | 90 |
| Categoria 3 - Fatores que contribuem para a ampliação do raciocínio clínico | 91 |
| CAPÍTULO 10 - INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS: UMA TEORIA FUNDAMENTADA SOBRE O RACIOCÍNIO CLÍNICO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EXPERTS QUE UTILIZAM O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA | 98 |
| PARTE 4 - DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E PESQUISAS FUTURAS | 105 |
| CAPÍTULO 11 - DISCUSSÃO | 106 |
| CAPÍTULO 12 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 126 |
| CAPÍTULO 13 - LIMITAÇÕES/DESAFIOS e PESQUISAS FUTURAS | 127 |
| REFERÊNCIAS | 129 |
| ANEXOS | 137 |
| ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 138 |
| APÊNDICES | 142 |
| APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 143 |
| APÊNDICE 2 - FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES | 145 |
| APÊNDICE 3 - ROTEIROS UTILIZADOS NAS ENTREVISTAS INTENSIVAS | 146 |

TRILHANDO CAMINHOS

“[...] não sei se fui eu que encontrei o Método Terapia Ocupacional Dinâmica ou se foi o Método Terapia Ocupacional Dinâmica que me encontrou.” (TO8)

Início esta tese com um trecho da entrevista de uma das participantes deste estudo, pois, ao longo da trajetória que me trouxe até aqui, senti-me perdida em muitos momentos em minha prática profissional. Essa sensação mudou quando conheci o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Isso não quer dizer que atualmente eu não me sinta perdida. Mas hoje posso dizer que tenho um caminho a percorrer em minha prática. Nos parágrafos que seguites, tentarei contar brevemente o meu percurso até este momento.

Ao longo de toda a graduação em Terapia Ocupacional, cursada na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) até o final de 2012, quando me graduei, sempre estudei avidamente os conteúdos sobre saúde mental. Eu buscava me preparar para ser uma boa terapeuta ocupacional nessa área. Estudei muita psicopatologia e psiquiatria. Fiz parte da Liga de Saúde Mental, fiz estágio em um Centro de Atenção Psicossocial, desenvolvi um projeto de iniciação científica, quatro projetos de monitoria e uma pesquisa para meu trabalho de conclusão de curso (TCC), todos com foco em saúde mental. Eu sempre soube que queria atuar nessa área. Após a graduação, cursei por seis meses o Aprimoramento em Saúde Mental do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, período no qual atuei no Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência e no Hospital-Dia. Eu devorava os materiais que chegavam em minhas mãos, assim como fazia com as oportunidades de prática, buscando me construir como uma boa terapeuta ocupacional.

Em 2013, assumi meu primeiro cargo como terapeuta ocupacional em um Serviço Residencial Terapêutico ligado a um hospital psiquiátrico em Botucatu/SP. Eu não sabia bem o que fazer com as pessoas (moradores? pacientes?) que moravam ali. Nesse serviço, eu tinha a missão de atender pessoas internadas há 20, 30, 40 anos. Não saber o que fazer me angustiava muito. Após oito meses, por não me sentir satisfeita com o que eu tinha a oferecer, pedi transferência. Fui trabalhar em outro hospital psiquiátrico, em Ribeirão Preto/SP, no setor de pacientes com dependência química e comorbidades psiquiátricas - onde trabalho até hoje. Nesse serviço eu tinha - e tenho - a missão de atender os pacientes e seus familiares. Quando assumi esse cargo, achava que a única subárea que ainda não “dominava” na saúde mental era a dependência de álcool e drogas. Busquei ativamente me instrumentalizar. Cursei uma Especialização em Dependência Química na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

e, de 2014 a 2016, também cursei meu mestrado no departamento de Enfermagem Psiquiátrica da USP/RP, no qual desenvolvi uma pesquisa quantitativa (apliquei 10 escalas!) para avaliar a emoção expressa, o sofrimento mental, o estresse precoce e o estresse atual de familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais.

O mais curioso é que, após todas essas formações e pesquisas, eu me sentia completamente preparada para uma reunião de discussão de casos, nas quais os profissionais falam sobre doenças mentais usando uma linguagem biomédica. Aprendi a conversar com meus colegas na linguagem deles. Mas ainda não me sentia satisfeita com a minha prática.

Hoje penso que até 2016 eu não estudava nem saúde mental nem terapia ocupacional, mas sim doença mental e psiquiatria. E tudo bem, pois essa trajetória me trouxe aqui, que é onde desejo estar! Essa trajetória mudou quando, em 2016, trabalhei por nove meses como professora substituta no Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar e conheci a professora Taís Marcolino, orientadora desta tese, com quem dividi uma disciplina de reflexão sobre a prática para o curso de graduação em Terapia Ocupacional. Lendo sua produção, me deparei com um referencial que até então tinha apenas uma vaga ideia que existia: o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Fiquei encantada e logo percebi que o MTOD poderia me ensinar como pensar minha prática, como agir e como me comunicar usando uma linguagem própria da Terapia Ocupacional. Quando finalizei meu contrato como professora substituta, disse para a Taís: “Vou estudar e, quando tiver uma ideia bem legal para um doutorado, te procuro.”. No final daquele mesmo ano, (2016) comecei a cursar a especialização clínica no MTOD, o que culminou nesta tese. Deparei-me com um Método em construção, que nunca estará completamente pronto, por ser alimentado, reformulado e reconstruído por meio da investigação da prática da terapia ocupacional, ou seja, um solo sempre fértil para análise e estudos.

Posso dizer que antes de encontrar o MTOD, eu estava bastante perdida em relação à construção da minha prática como terapeuta ocupacional - sobre o pensar, o agir e como me comunicar. E que passei a me sentir pertencente a uma comunidade de prática quando conheci o MTOD. Encontrei pessoas que falam de terapia ocupacional, com as quais posso dividir angústias, que me ensinam, me corrigem, me apoiam, me supervisionam. Ao mesmo tempo, sempre tive um ávido desejo por pesquisar, por descobrir. Assim, faço minhas as palavras da participante TO8, citada no início desta apresentação: não sei se fui eu que encontrei o MTOD ou se foi o MTOD que me encontrou! Independente da resposta, foi desse encontro que essa tese nasceu!

APRESENTAÇÃO

Nesta apresentação abordo algumas particularidades deste estudo, principalmente acerca da metodologia que utilizei, a fim de esclarecer como esta tese está organizada. Minha proposta foi construir uma compreensão teórica sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) como principal referencial teórico-metodológico na prática profissional. Para isso, utilizei como metodologia de pesquisa qualitativa a Teoria Fundamentada em Dados (TFD)/*Grounded Theory*, que oferece diretrizes sistemáticas - e ao mesmo tempo flexíveis - para que uma teoria interpretativa seja construída a partir dos dados coletados.

A principal característica da TFD é sua busca por manter certo distanciamento de teorias já existentes sobre o tópico pesquisado, de modo a favorecer a construção de uma teoria sob uma nova perspectiva, fundamentada nos dados. Essa proposta traz à TFD certas particularidades quando comparada a outras metodologias qualitativas, principalmente no que se refere à revisão de literatura e aos procedimentos de coleta e análise dos dados.

A TFD possui três vertentes principais: a clássica/glauseriana; a relativista/subjetivista/straussiana e a construtivista. Acerca dos procedimentos de coleta e análise de dados, as três vertentes propõem que sejam realizadas concomitantemente, em etapas, informando uma a outra, em um processo iterativo de ir e voltar entre os dados empíricos e a análise emergente (CHARMAZ, 2008a). Isso possibilita modelar e remodelar a coleta de dados para refiná-la, tornando os dados coletados progressivamente mais focados e a análise sucessivamente mais teórica (BRYANT; CHARMAZ, 2007; CHARMAZ, 2014).

Contudo, as duas primeiras vertentes pressupõem que uma teoria “objetiva” deve ser descoberta ou emergir do estudo, sem que o pesquisador force sobre ela ideias e pressupostos pré-concebidos e a “contamine” com sua subjetividade (RAMALHO et al., 2015). Já a vertente construtivista, utilizada neste estudo, foi construída pela terapeuta ocupacional Kathy Charmaz e é embasada no construtivismo, no pragmatismo e no interacionismo simbólico, afastando-se da ideia de objetividade e admitindo que a teoria construída é um retrato interpretativo do pesquisador sobre o assunto estudado (CHARMAZ, 2014).

Nessas três vertentes, as diferenças acerca da influência do pesquisador na construção da teoria também traz particularidades sobre como a revisão de literatura deve ser utilizada: a TFD clássica/glauseriana propõe que o pesquisador não tenha nenhum contato com a literatura existente sobre o assunto estudado antes da coleta e da análise dos dados; a relativista/subjetivista/straussiana propõe um contato moderado com a literatura; e a

construtivista reconhece que a revisão de literatura é de suma importância, desde que determinadas diretrizes sejam respeitadas.

Na TFD construtivista, três fases de revisão de literatura são delineadas: a revisão inicial, conduzida antes do início da coleta de dados; a revisão contínua, realizada durante a coleta de dados e fortemente informada pelos dados brutos; e a revisão final, feita no final do estudo, por meio da qual a teoria fundamentada construída é contextualizada em relação às ideias teóricas já estabelecidas e referenciais teóricos contra os quais a comparar e a contrastar são identificados (THORNBERG; DUNNE, 2019).

Ao conhecer a TFD julguei que utilizá-la poderia ser um modo eficaz de conduzir uma investigação inédita sobre um conceito específico (raciocínio clínico) em um referencial teórico-metodológico específico (o MTOD). Pareceu-me fazer sentido utilizar a TFD para compreender o raciocínio clínico neste referencial sob uma nova perspectiva, distanciando-me das teorias já existentes sobre este tópico. Além disso, pesquisando estudos já realizados em bases de dados, percebi que a TFD era amplamente utilizada em publicações internacionais para investigar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais.

Assim, respeitando as diretrizes metodológicas da TFD construtivista, organizei esta tese em treze capítulos, divididos em quatro partes: 1) Introdução; 2) Metodologia e percurso metodológico; 3) Resultados; e 4) Discussão, considerações finais e pesquisas futuras.

PARTE 1. INTRODUÇÃO

Na primeira parte desta tese, composta pelos capítulos 1, 2 e 3, contextualizo os assuntos que abordei, justifico a relevância desta pesquisa e delinhei minha proposta.

Nos capítulos 1 e 2, apresento uma revisão de literatura sobre o raciocínio clínico em Terapia Ocupacional e sobre o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Construí esses dois capítulos com base no que Thornberg e Dunne (2019) nomeiam como “revisão inicial de literatura” na TFD construtivista, conduzida no estágio inicial da pesquisa, antes do início da coleta de dados.

A revisão inicial de literatura ajuda a estabelecer se, como, quando, onde, por que e por quem determinado tópico foi ou não estudado até o momento. O objetivo é se familiarizar com a geografia do assunto e se localizar dentro desse terreno de pesquisa, entendendo as descobertas empíricas existentes, em vez de simplesmente buscar e se apegar às estruturas teóricas utilizadas. Ao invés de restringir e contaminar o pesquisador e a pesquisa, essa revisão inicial da literatura deve ser empoderadora e enriquecedora, imbuindo o pesquisador com a confiança para seguir com o estudo (THORNBERG; DUNNE, 2019). Charmaz (2014) e Ramalho et al. (2015) ressaltam que essa revisão inicial da literatura é um recurso que oferece um senso de direção: deve ser conduzida para que o pesquisador descreva a problemática do estudo e identifique lacunas nas pesquisas anteriores.

Assim, utilizei a revisão inicial da literatura para justificar minhas escolhas antes e ao longo dos processos de coleta e de análise de dados. Além disso, seguindo as recomendações de Charmaz (2014), conduzi essa revisão também para demonstrar meus conhecimentos sobre os assuntos investigados em bancas examinadoras para ingresso no curso de doutorado e para cumprir requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou este estudo. Os conteúdos do *Capítulo 1 - Raciocínio Clínico em Terapia Ocupacional* e do *Capítulo 2 - Método Terapia Ocupacional Dinâmica* foram construídos também como parte de trabalhos finais exigidos em disciplinas obrigatórias do primeiro ano do curso de Doutorado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A construção desses dois capítulos iniciais também foi o que me auxiliou a escolher a TFD como metodologia e delinear mais detalhadamente o *Capítulo 3 - Justificativas, questão de pesquisa e objetivos*.

CAPÍTULO 1 - RACIOCÍNIO CLÍNICO EM TERAPIA OCUPACIONAL

O raciocínio clínico é um fenômeno complexo reconhecido como uma dimensão central da prática nas profissões da saúde (HIGGS et al., 2019). Em Terapia Ocupacional, esse fenômeno começou a ser investigado na década de 1980, quando o primeiro estudo sobre o tema foi publicado (ROGERS; MASAGATANI, 1982) e após um grupo de terapeutas ocupacionais “se reunirem com Donald Schön para discutir e começar a delinear pesquisas destinadas a investigar o conhecimento e a *expertise* na profissão” (MATTINGLY; FLEMING, 1994, p. IX). Entre 1986 e 1990 o chamado “Estudo do Raciocínio Clínico/*Clinical Reasoning Study*” foi realizado nos EUA, resultando no livro mais citado nos estudos sobre esse tópico - *Clinical Reasoning: Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice* (MATTINGLY; FLEMING, 1994).

Desde a década de 1980 as investigações sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais têm crescido ao redor do mundo, tornando-se uma linha de pesquisa consolidada que busca aprofundar compreensões sobre o que é raciocínio clínico, caracterizar como o raciocínio clínico funciona, diferenciar tipos de raciocínio clínico, identificar fatores que o influenciam, compreender como referenciais teórico metodológicos sustentam o raciocínio clínico e elucidar como o raciocínio clínico muda ao longo da carreira profissional, entre outros propósitos (MÁRQUEZ-ÁLVAREZ et al., 2019; UNSWORTH; BAKER, 2016).

Um dos pontos de tensão na literatura sobre o tema concerne à terminologia. Atualmente há debates sobre o termo “raciocínio clínico” não ser o melhor para se referir ao raciocínio que ocorre em ambientes não médicos/clínicos e, por isso, o termo “raciocínio profissional” vem sendo adotado em algumas publicações recentes (SCHELL; SCHELL, 2018). Acerca disso, Young et al. (2020), em revisão de literatura sobre o raciocínio clínico de diversos profissionais de saúde, identificaram 110 diferentes termos para se referir a esse fenômeno, destacando que raciocínio clínico foi o termo mais frequentemente usado na Terapia Ocupacional. Schell e Schell (2018), no livro mais recente sobre o tema, intitulado “*Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*”, utilizam os dois termos: “raciocínio clínico” e “raciocínio profissional”. Assim, ressalto que nesta tese o termo “raciocínio clínico” será utilizado uma vez que ele ainda é predominante na literatura. Contudo, à medida em que terapeutas ocupacionais continuam a expandir seu escopo de prática para além dos contextos clínicos tradicionais, a terminologia pode continuar a ser um ponto de tensão produtiva, evolução e diálogo.

O que é raciocínio clínico

O raciocínio clínico tem sido definido ou descrito de diversas formas na Terapia Ocupacional. Em uma das publicações seminais sobre o tema, Mattingly (1991, p. 979) descreve o raciocínio clínico como “um modo de pensar amplamente tácito, altamente imagético e profundamente fenomenológico”. Unsworth e Baker (2016, p. 5), em uma revisão de literatura recente, caracterizam o raciocínio clínico como um modo de pensamento que “envolve todos os processos de pensamento do clínico quando ele se move para dentro, ao longo e para fora do relacionamento terapêutico e do processo de terapia com um cliente”.

Uma definição bastante utilizada na área é a de Schell (2014, p. 384), que define raciocínio clínico como “o processo usado pelos profissionais para planejar, direcionar, executar e refletir sobre o atendimento ao cliente”. Já Chapparo e Ranka (2019, p. 610), descrevem o raciocínio clínico como

“[...] um estilo de pensamento não-linear e recursivo que envolve coletar e analisar informações do cliente e decidir sobre ações terapêuticas específicas às circunstâncias e desejos do cliente, combinando estratégias cognitivas e metacognitivas (análise, resolução de problemas e avaliação) com intuição pré-cognitiva.”.

No entanto, de acordo com Mattingly e Fleming (1994) "não existe uma definição de uma frase que capte a sutileza de como os terapeutas pensam na prática" (p. 9). Essas autoras afirmam que o raciocínio clínico inclui tanto a maneira como os terapeutas ocupacionais pensam quanto o conteúdo dos pensamentos ao longo da condução da prática clínica, e está direcionado não apenas ao universo biológico da doença, mas também ao universo de significados humanos - motivos, valores e crenças (*illness experience*).

Além disso, Schell (2008) afirma que o raciocínio clínico é um fenômeno complexo intrínseco à prática e não algo que os profissionais “optam por fazer”, ou seja, não é uma questão de estar fazendo, mas sim do quanto bem ou de como se está fazendo.

Como é o processo de raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais

O funcionamento/processo de raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais tem sido objeto de investigação em estudos que delineiam fases, etapas e estágios que raciocínio clínico percorre (CARRIER et al., 2012; CHEUNG et al., 2018; HESS; RAMUGONDO, 2014; MATTINGLY; FLEMING, 1994; SHAFAROODI et al., 2017).

Carrier et al. (2012), identificaram três fases no raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais comunitários que atuam ensinando estratégias de transferências para idosos com mobilidade reduzida: 1) desenvolvimento de um plano de ensino; 2) finalização da escolha do plano de ensino; 3) adaptação, em ação, do plano de ensino. Essas autoras destacaram que essas fases evoluem de um modo genérico para um modo personalizado que melhor se adequa à situação e às necessidades particulares dos clientes.

Hess e Ramugondo (2014) identificaram três etapas no raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais ao abordarem espiritualidade no contexto da saúde mental: 1) consideraram o significado da ocupação para os clientes; 2) determinaram se a necessidade expressa de se envolver em espiritualidade era promotora de saúde ou uma manifestação de doença psiquiátrica; e 3) usaram formas criativas ou “prática subterrânea” (*underground practice*) para abordar a espiritualidade em locais de trabalho que não encorajavam esse tipo de ocupação. A prática subterrânea/*underground practice*, abordada por esses autores, refere-se a aspectos da prática que terapeutas ocupacionais geralmente buscam ocultar do discurso público por serem pouco valorizadas pelo discurso biomédico dominante e pela equipe profissional (MATTINGLY; FLEMING, 1994).

Cheung et al. (2018) destacaram que os terapeutas que trabalham com educação ergonômica para mulheres com lesões por esforços repetitivos tomaram decisões clínicas com base em três estágios de mudança de comportamento das clientes: 1) disponibilidade para ouvir associada à capacidade de compreensão da informação entregue; 2) disponibilidade para experimentar novas abordagens associada à capacidade de lembrar; e 3) vontade de perseverar para incorporar mudanças nas rotinas associada à capacidade de lembrar e de resolver problemas quando surgem novas circunstâncias.

Já Shafaroodi et al. (2017) identificaram quatro etapas no raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais atuando em áreas diversas: 1) discernir mudanças clínicas avaliando e reunindo dados por meio de observação, entrevista e testes clínicos; 2) organizar as informações, planejar e determinar metas; 3) deliberar e intervir com base na visão de mundo do cliente, condições do cliente e ambiente; e 4) considerar a dinâmica e confiabilidade do raciocínio e avaliar as intervenções por meio do *feedback* do cliente.

Nessas pesquisas, é possível observar que as fases, etapas e estágios descritos são bastante específicos ao contexto de prática no qual os profissionais estão atuando ou à população que está sendo atendida. Ao descreverem fases, etapas e estágios do raciocínio clínico, esses autores também apontam que os processos de raciocínio são circulares, extremamente rápidos e constantes, complexos, dinâmicos, multicamadas e iterativos.

Já Mattingly e Fleming (1994), caracterizaram o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais como uma mente de três trilhos, que elas nomearam como uma “*Three-Track Mind*”. Segundo elas, terapeutas ocupacionais utilizam três tipos de raciocínio clínico (que serão melhor descritos no próximo tópico) - procedimental, interativo e condicional - ao considerarem a pessoa como um todo, às vezes pensando de modo geral e às vezes pensando em um aspecto por vez, ou seja, em suas limitações físicas, na pessoa como um indivíduo, ou na pessoa em diferentes contextos (passado, presente ou futuro).

Tipos de raciocínio clínico

Outra linha de pesquisas descreve tipos de raciocínio clínico utilizados por terapeutas ocupacionais, tais como: narrativo, procedimental, interativo, condicional, científico, diagnóstico, pragmático e ético.

Mattingly e Fleming (1994) foram as primeiras a definir os raciocínios narrativo, procedimental, interativo e condicional. O raciocínio narrativo é descrito como um modo central de raciocínio que terapeutas ocupacionais utilizam quando estão preocupados com a experiência da doença como uma condição psicológica que afeta a vida da pessoa (MATTINGLY, 1991). Essa autora delinea duas formas de raciocínio narrativo: a primeira é o uso da narrativa como uma forma de discurso contrastante com o biomédico; a segunda envolve os atos de contar histórias sobre os pacientes aos colegas e de criar histórias curtas, ao longo do processo terapêutico, que serão significados dentro da longa história de vida do paciente (MATTINGLY, 1991).

O raciocínio procedimental é descrito como aquele utilizado quando terapeutas ocupacionais definem problemas do paciente e selecionam técnicas para o tratamento, tendo como foco a melhora da performance funcional (MATTINGLY; FLEMING, 1994). É similar ao raciocínio hipotético tipicamente discutido na literatura médica de solução de problemas, mas não exatamente igual, pois enquanto o foco do tratamento dos médicos é a condição clínica, o foco dos terapeutas ocupacionais é selecionar técnicas e procedimentos que possam ajudar a pessoa com os problemas funcionais na vida diária decorrentes da condição clínica (MATTINGLY; FLEMING, 1994).

O raciocínio interativo é utilizado quando terapeutas ocupacionais buscam interagir com os pacientes e compreender aspectos do ponto de vista deles, tais como sua experiência, seus sentimentos, suas necessidades e suas preferências, a fim de construir uma linguagem compartilhada de ações e de significados (MATTINGLY; FLEMING, 1994).

O raciocínio condicional vai além de preocupações específicas sobre o paciente e seus problemas, e os coloca em contextos sociais e temporais mais amplos. É utilizado quando terapeutas ocupacionais pensam sobre a condição inteira da pessoa - incluindo a pessoa, a doença, a família e os contextos social e físico nos quais a pessoa vive. O raciocínio condicional também é utilizado quando terapeutas imaginam como a condição vivenciada pela pessoa pode mudar, sendo que o novo estado imaginado é um estado condicional, isto é, um estado proposto, que pode não ser alcançado. Essa imagem futura visualizada deve ser compartilhada pela(o) terapeuta e pela pessoa atendida, uma vez que o sucesso ou o fracasso em alcançá-la depende da condição de ambos estarem engajados em um projeto (MATTINGLY; FLEMING, 1994).

Já o raciocínio diagnóstico foi definido por Rogers e Holm (1991) como um processo utilizado para detectar e definir déficits funcionais e problemas no desempenho ocupacional a partir da aquisição e da interpretação de pistas e de hipóteses, criando uma imagem clínica do paciente. Schell e Cervero (1993) nomearam como raciocínio científico a composição entre os raciocínios diagnóstico e o procedimental (SCHELL; CERVERO, 1993).

O raciocínio pragmático é definido por Schell e Cervero (1993) como aquele direcionado à influência dos contextos pessoais e da prática, tais como questões de pagamento, habilidades da(do) terapeuta ocupacional e disponibilidade de equipamentos.

Por sua vez, o raciocínio ético é utilizado ao considerar ações desejáveis de uma perspectiva moral, como benefícios e riscos, melhores ações considerando o tempo disponível, discordâncias de desejos entre paciente e terapeuta (CARRIER et al., 2010).

Cada um desses tipos de raciocínio clínico está voltado para questões específicas e é empregado para acessar e pôr em foco diferentes aspectos. Porém, na prática profissional, esses diferentes tipos de raciocínio clínico funcionam dinamicamente e de modo integrado (MATTINGLY; FLEMING, 1994; SCHELL; SCHELL, 2008). Além disso, abrangendo esses tipos de raciocínio está o estilo pessoal e a visão de mundo do terapeuta, incluindo seus valores, crenças, motivação e espiritualidade (MATTINGLY; FLEMING, 1994; UNSWORTH, 2004).

Fatores que influenciam o raciocínio clínico

Os estudos também têm identificado fatores relacionados aos terapeutas, aos contextos e aos clientes/pacientes que influenciam como terapeutas ocupacionais tomam decisões, priorizam soluções, escolhem intervenções e/ou ambientes para tratar e decidem como agir.

Entre os fatores relacionados à(ao) terapeuta ocupacional que influenciam o raciocínio clínico, estão: estágio de desenvolvimento profissional (de novato à expert¹); experiência, competência, conhecimento ou nível educacional; autoconfiança; atitudes/preferências em relação a diferentes tipos de pacientes e/ou de diagnósticos; crenças sobre ambientes que apoiam um cuidado centrado no cliente; hábitos profissionais; hábitos pessoais; e características pessoais, tais como disponibilidade emocional e personalidade (BOWYER et al., 2019; CARRIER et al., 2012; CHEUNG et al., 2018; CROWE, 2014; DUBROC; PICKENS, 2015; KRISTENSEN et al., 2012; SHAFAROODI et al., 2014; SHAFAROODI et al., 2017; SKUBIK-PEPLASKI et al., 2015; STARK et al., 2015).

Entre os fatores relacionados ao cliente, estão: diagnóstico; nível de comprometimento; condições médicas coexistentes; taxa de recuperação; curso clínico da condição de saúde; características funcionais; crenças, conhecimentos, entendimentos, abertura, motivação, honestidade e aceitação acerca de suas situações; cooperação com a(o) terapeuta; habilidades para implementar mudanças; características de personalidade; capacidades cognitivas; nível educacional e estilo de aprendizagem; preferências em relação à assistência humana, modificações arquitetônicas, equipamentos adaptativos e preferências estéticas; e recursos financeiros (CARRIER et al., 2012; CHEUNG et al., 2018; DOYLE et al., 2014; SHAFAROODI et al., 2014; SHAFAROODI et al., 2017; STARK et al., 2015).

Já os fatores relacionados ao contexto ou ao ambiente de prática, incluem: tipo de ambiente no qual a prática está sendo desenvolvida (ambientes hospitalares ou comunitários); regras e elementos organizacionais dos locais de trabalho; instalações físicas (como ruídos e lotação de pessoas) e condições estruturais do ambiente; restrições financeiras; limitação de serviços comunitários disponíveis para fazer encaminhamentos; disponibilidade de espaço e tempo; organização dos equipamentos; atitudes sociais e estigma; ausência e nível de envolvimento dos cuidadores; segurança do bairro; expectativas dos colegas de trabalho; e informações fornecidas por colegas de trabalho (CARRIER et al., 2012; CHEUNG et al., 2018; DOYLE et al., 2014; HESS; RAMUGONDO, 2014; KRISTENSEN et al., 2012; SHAFAROODI et al., 2014; SHAFAROODI et al., 2017; SKUBIK-PEPLASKI et al., 2015; STARK et al., 2015).

¹ As palavras “expert” e “experts”, apesar de terem origem na língua inglesa, não serão grafadas em itálico ao longo desta tese devido ao seu amplo uso na língua portuguesa.

Raciocínio clínico e desenvolvimento profissional

Outra linha de investigações tem buscado identificar como o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais muda ao longo da carreira profissional, apoiando-se no *Modelo de Aquisição de Habilidades e Desenvolvimento Profissional* desenvolvido por Dreyfus e Dreyfus (1986), segundo o qual o desenvolvimento profissional percorre cinco estágios ao longo de um *continuum* - novato, iniciante avançado, competente, proficiente e expert.

Essas pesquisas mostram que terapeutas ocupacionais menos experientes escolhem intervenções uma por uma, por tentativa e erro, pensando de modo mais sistemático e menos fluido (CARRIER et al., 2012; DUBROC; PICKENS, 2015).

Já terapeutas ocupacionais experts se baseiam em situações anteriores para informar seu raciocínio, pensam de modo mais holístico e consideram vários aspectos simultaneamente, além de terem um raciocínio clínico intuitivo, rápido, e profundamente internalizado, que permite a prática com análise menos rotineira; possuírem um corpo mais organizado de conhecimentos e acesso a esquemas mnemônicos apoiados em pistas inconscientes; terem um raciocínio rápido (menos esforços para a identificar e resolver problemas), organizado, não linear (mudam rapidamente de um tipo raciocínio para outro), intuitivo, tácito e complexo (de difícil de articulação, com elaboração de muitas hipóteses e desprezo de informações irrelevantes). Essas características tornam essas(esses) terapeutas ocupacionais mais flexíveis, rápidas(os), eficazes e criativas(os) (CARRIER et al., 2010; CARRIER et al., 2012; DUBROC; PICKENS, 2015; SCHELL, 2008).

Referenciais teórico-metodológicos sustentando o raciocínio clínico

Já é amplamente conhecido que raciocínio clínico de profissionais da saúde inclui tanto conhecimentos proposicionais (derivados da teoria e da pesquisa) quanto conhecimentos não proposicionais (derivados da experiência profissional e pessoal) (HIGGS et al., 2019). Enquanto o conhecimento proposicional/teórico é explícito e pode ser facilmente encontrado em materiais didáticos, o conhecimento não proposicional é implícito, tácito, mais difícil de articular e está mais ligado ao saber-como (*know-how*) do que ao saber-o-que (*know-what*) (HIGGS et al., 2019).

Acerca do uso de teorias e/ou de modelos teóricos direcionados para a prática, Thompson (2011) aponta que esses referenciais são usados na construção do raciocínio clínico tanto para organizar informações que "façam sentido" quanto para determinar o que é ou não relevante, orientando como os profissionais avaliam, identificam problemas, abordam soluções para esses problemas e definem aspectos que serão alvos da prática. Thompson (2011) ainda

ressalta que nem sempre as(os) terapeutas ocupacionais reconhecem formalmente como os conteúdos teóricos influenciam seu raciocínio clínico.

Várias teorias, modelos e quadros de referência específicos da Terapia Ocupacional são utilizados para orientar a prática, cada um propondo com um caminho específico de raciocínio clínico (CHAPPARO; RANKA, 2019). Thompson (2011) afirma que o uso de modelos teóricos pode ser arriscado uma vez que geralmente a informação omitida em um modelo pode ser muito importante em outro. Pesquisas recentes, detalhadas abaixo, propõem integrar teorias, modelos e abordagens a fim de criar estruturas ecléticas para sustentar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais.

Ikiugu, Plastow e Niekerk (2019), por exemplo, pesquisaram como a aplicação do que eles denominam “*eclectic framework*” impactou o raciocínio de terapeutas ocupacionais. O “*eclectic framework*” abarca o uso em conjunto de diversos modelos na prática, sendo um organizativo e outros complementares. Estes autores identificaram que profissionais que participaram de um *workshop* sobre o “*eclectic framework*” aprimoraram sua capacidade de escolher um modelo principal para organizar a prática combinado à modelos complementares, explicando como tais modelos foram utilizados de forma complementar ao abordar os problemas de desempenho ocupacional do cliente.

Matthews et al. (2017) criaram um modelo teórico para orientar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais que considera o perfil ocupacional e a análise de desempenho, propondo uma abordagem baseada na ocupação, holística e centrada no cliente, sustentado no modelo *Person–Environment–Occupation* (LAW et al., 1996) e no *Occupational Therapy Practice Framework* (AOTA, 2014). Segundo esses autores, o “*Matthews Model of Clinical Reasoning*”, criado por eles, favorece o uso de uma linguagem padrão; cria um processo sistemático baseado em dados; fornece uma estrutura para a(o) terapeuta ocupacional examinar todos os aspectos do cliente; e ajuda estudantes e profissionais a oferecer cuidados mais eficazes. Esses autores discutem ainda que esse conjunto de fatores são fundamentados nos valores centrais da Terapia Ocupacional e favorecem o aumento da satisfação do cliente e melhores resultados na terapia.

Yancosek e Howell (2010) propuseram integrar teoricamente a Teoria dos Sistemas Dinâmicos, a Abordagem Orientada à Tarefa e o *Occupational Therapy Practice Framework* para um cuidado integrado centrado no cliente, baseado na ocupação e no ambiente. Esses autores exemplificam a utilização desses recursos teóricos integrados na prática de reabilitação com um caso clínico, discutindo as vantagens de organizar as diferentes informações do caso e aumentar a efetividade da reabilitação e das estratégias de intervenção.

Segundo essa linha de pesquisas, ainda há muito o que ser explorado no que se refere às compreensões sobre como referenciais teórico metodológicos sustentam o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais.

Perspectivas emergentes sobre raciocínio clínico em Terapia Ocupacional

Alguns estudos têm também proposto perspectivas emergentes para compreender o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais, investigando conceitos ainda pouco explorados, tais como corporificação/*embodiment* (ARNTZEN, 2018; PARK, 2012), intuição (CHAFFEY; UNSWORTH; FOSSEY, 2010), espiritualidade (HESS; RAMUGONDO, 2014), sustentabilidade (DENNIS et al., 2015), estado emocional da(o) terapeuta ocupacional (VACHON; DURAND; LEBLANC, 2010), estética (PARK, 2012), criticismo (ROBERTSON; WARRENDER; BARNARD, 2015) e prática subterrânea/*underground practice* (CHAFFEY; UNSWORTH; FOSSEY, 2010; HESS; RAMUGONDO, 2014). Outros estudos indicam ainda a necessidade de desenvolver melhor uma linguagem própria da Terapia Ocupacional e mais eficaz para nomear aspectos complexos e multifacetados do raciocínio clínico (MARCOLINO et al., 2019; PARK, 2012; UNSWORTH; BAKER, 2016).

Artzen (2018) também aponta que diversas epistemologias ou abordagens - cognitivas, metacognitivas, socioculturais, narrativas, fenomenológicas - podem ser utilizadas para investigar, explorar e compreender a multiplicidade de aspectos ligados ao raciocínio clínico.

De acordo com Chapparo e Ranka (2019, p. 610), várias questões relacionadas ao processo de pensamento de terapeutas ocupacionais ainda precisam ser exploradas, tais como

“Quais elementos pessoais e contextuais estão envolvidos no raciocínio? Como os terapeutas integram ciência, conhecimento prático e seus compromissos pessoais para decidir como agir? Como os terapeutas decidem como agir?”.

Assim, é possível observar que ainda há muitos caminhos possíveis para avançar nas compreensões sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais.

CAPÍTULO 2 - MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

Histórico e caracterização geral

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) é um referencial teórico-metodológico direcionado para a prática clínica que começou a ser construído no Brasil na década de 1970 pela terapeuta ocupacional Jô Benetton. Em 1972, Jô Benetton, interessada na investigação da prática de terapia ocupacional² e “em construir uma lógica interna para os procedimentos da terapia ocupacional” (BENETTON, 2006), iniciou ciclos de estudos em parceria com outras terapeutas ocupacionais. Em 1980, em parceria com a terapeuta ocupacional Sonia Ferrari, Jô Benetton fundou o Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO), uma instituição privada de ensino, pesquisa e assistência que oferece a formação clínica no MTOD. Jô Benetton ainda desenvolveu seus estudos de mestrado (1989) e de doutorado (1994), direcionados ao desenvolvimento do MTOD.

O MTOD foi construído com o objetivo de propor um aparato teórico e metodológico utilizando uma linguagem capaz de agir como estrutura para a prática em terapia ocupacional, sustentando o raciocínio clínico e possibilitando o ensino-aprendizagem (BENETTON, 1994). A construção do MTOD parte do pressuposto de que a Terapia Ocupacional “tem no empirismo, muitas vezes, um elemento dificultador de sua transmissão” (BENETTON, 1994, p.i), e que, por ser uma profissão empírica e paradigmática, é necessário que a prática profissional seja objeto de estudo e de pesquisa (BENETTON, 2010; BENETTON, 2012).

Com base nisso, o aparato teórico-metodológico do MTOD tem sido constantemente construído, reformulado e ampliado por meio da investigação empírica da prática, em um processo denominado “teoria da técnica” (BENETTON, 1994; BENETTON, 2010). A teoria de técnica consiste em, a partir da observação e da análise da prática, construir generalizações com explicações teóricas que sustentem um arcabouço teórico-metodológico que se volte novamente para a prática (BENETTON 1994; BENETTON, 2010; BENETTON; MARCOLINO, 2013). A teoria da técnica é a base epistemológica de construção do MTOD, o que faz com que este seja um referencial que nunca estará completamente pronto, mas constantemente em construção, reformulação e ampliação, a depender das novas compreensões que surgirem das investigações.

² Nesta tese serão utilizadas as grafias: “Terapia Ocupacional”, com iniciais em letra maiúscula, para se referir à profissão, e “terapia ocupacional”, com iniciais em letra minúscula, para se referir à prática profissional/clínica/assistencial, conforme sugerido por Benetton (1994).

Atualmente o MTOD já possui uma grade conceitual própria e consolidada que abarca definições de sujeito-alvo, diagnóstico situacional, relação triádica, trilhas associativas, saúde, cotidiano, inserção social, entre outras que serão exploradas ao longo deste estudo.

História e Paradigma da Terapia Ocupacional

No que tange à história da Terapia Ocupacional, Benetton (2010, 2005) distingue três períodos que influenciaram fortemente a prática profissional, e que circunscrevem, assim, o desenvolvimento de três paradigmas. A autora salienta, apoiando-se nas produções da filósofa Isabelle Stengers, que o surgimento de um paradigma é sempre da ordem prática, ou seja, deve partir da proposição de práticas que serão analisadas e criticadas por outros cientistas, o que faz com que um paradigma não possa ser uma decisão, opinião ou vontade de um grupo de cientistas.

O primeiro período é o do desenvolvimento das especialidades médicas, iniciado desde as origens do homem e que se estende até os dias de hoje. Apoiado no Paradigma Médico-Humanista, esse período se caracterizou pela ideia de que o trabalho curava e libertava, propondo práticas determinadas pelo valor de seus produtos, denominadas laborterapia, praxiterapia e tratamento moral (BENETTON, 2010, 2005). A autora localiza nesse período apenas as origens da Terapia Ocupacional, visto que ela ainda não existia como profissão (BENETTON, 2005, 2010).

O segundo período é o da fundação da Terapia Ocupacional como profissão. Nos EUA, entre 1905 e 1915, a Terapia Ocupacional foi fundada como profissão e Eleanor Clarke Slagle criou a técnica “Treinamento de Hábitos”, propondo práticas que não eram voltadas para a doença, mas para a mudança de hábitos e para a saúde, caracterizando o Paradigma da Terapia Ocupacional, que teve início na década de 1900 e se estende até a atualidade (BENETTON, 2005, 2010). Nesse período um grupo de profissionais composto por médicos, enfermeiras e assistentes sociais, liderado por Eleanor Clarke Slagle, deu início ao treinamento de auxiliares de enfermagem, e depois para a formação de mulheres leigas, para desenvolver atividades em asilos, com o propósito de ampliar e modificar hábitos dos pacientes doentes mentais, na época também chamados de deficientes mentais ((BENETTON, 2005; BENETTON; MARCOLINO, 2013).

O terceiro momento histórico é o período de vigência do Movimento Internacional de Reabilitação, que teve início em 1946 e também estende até os nossos dias, caracterizado pelo Paradigma da Reabilitação, o qual propõe práticas a partir da expectativa da recuperação

funcional, de “voltar a ser” o mais próximo do que se era antes do advento de doença ou deficiência (BENETTON, 2005, 2010).

O MTOD se fundamenta no Paradigma da Terapia Ocupacional e nas propostas de Slagle de, partindo da exclusão social dos pacientes daquela época, reeducá-los e reinseri-los socialmente por meio da busca da saúde, e não apenas no enfrentamento de doenças (BENETTON, 2005; BENETTON, 2010). Para Slagle, os hábitos eram fundamentais não apenas para cura, mas também como instrumento para uma nova vida social, uma vez que novos hábitos significavam saúde e retorno à sociedade (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003).

Assim, o MTOD vem sendo construído desde 1970 mantendo essa coerência paradigmática e se afastando de outras proposições práticas centradas nos paradigmas médico e da reabilitação. Partindo dessa fundamentação, as terapeutas ocupacionais implicadas na construção do MTOD vêm buscando promover avanços científicos por meio da teoria da técnica, propondo um corpo teórico-metodológico próprio da Terapia Ocupacional.

O nome “Método Terapia Ocupacional Dinâmica”

Etimologicamente o termo “método” vem do latim *methodus* e do grego *methodos*, sendo que o prefixo “meta” tem o significado de “através de”, e o sufixo “hodos” tem o significado de “caminho” ou “estrada”, resultando em um caminho através do qual se procura chegar a um modo de fazer algo (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003). No caso do MTOD, o termo “método” remete a um extenso caminho de processos e procedimentos que não se esgota em apenas um conceito ou definição, mas que é constantemente construído teórico-tecnicamente a partir da prática (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003). “Um método, desenhado num caminho particular para terapeutas ocupacionais, é regido pela singularidade do seu emprego em diferentes situações profissionais” (BENETTON; MARCOLINO, 2013, p. 646).

O termo “dinâmica” vem do núcleo duro do MTOD, que é constituído pela dinâmica de ação e reação da relação triádica composta pelo sujeito-alvo, pela terapeuta e pelas atividades e, também, pela demarcação de uma prática não protocolar, mas dinâmica (BENETTON, 2012).

Já o termo “ocupacional”, para Benetton (2008), qualifica a terapia e dá aos terapeutas ocupacionais a liberdade para instrumentalizá-la tecnicamente com o que desejarem, remetendo não à servidão ou ao ócio, mas sim ao movimento, à ação, ao tempo dedicado a

algo, num sentido de tomar para si um espaço que implica em movimento e em ação, trazendo a ideia de uma terapia ativa.

Método Terapia Ocupacional Dinâmica: um modo de fazer terapia ocupacional

O propósito/objetivo final da terapia ocupacional no MTOD é promover participação e inserção social por meio da construção ou da ampliação do cotidiano e dos espaços de saúde na vida de sujeitos que estejam em situação de exclusão social (MARCOLINO et al., 2020). A exclusão social é, então, a problemática de partida da população-alvo atendida, sendo resultante de uma diferença pela falta, que fatalmente marginaliza, pela repercussão que acarreta a qualquer tipo de produção (BENETTON, 2006).

Assim, o sujeito-alvo da terapia ocupacional no MTOD é aquele que, por um estado situacional, está à margem de um cotidiano pessoal ou social, afastado de parte significativa das atividades sociais, possui relações interpessoais insatisfatórias, tem dificuldade de organizar e fazer funcionar seu cotidiano, e que geralmente é conduzido de um lado a outro sem saber o porquê, havendo sempre alguém para falar por ele (BENETTON, 2006). Na maioria das vezes esses sujeitos são reconhecidos pelo que não fazem ou por algo que vai ao encontro da doença e não da saúde (MORAES, 2008).

Benetton (2006) salienta que não se pode afirmar onde começa o excluir-se ou o ser excluído e que, em muitos casos, a possibilidade de ser “um paciente” é a primeira oportunidade de se inserir em algum lugar, sendo alguém. O sujeito-alvo pode ser compreendido também como alguém que tem alguma necessidade ou vontade de fazer terapia ocupacional (BENETTON, 1994).

Uma vez que a prática assentada no MTOD é sempre construída a partir da singularidade de cada sujeito-alvo, é impossível que a saúde seja definida *a priori*. A saúde é um caminho a ser construído com o sujeito-alvo, a partir do que ele considera como saúde (a partir de sua definição leiga) ou como espaços de saúde em seu cotidiano, respeitando assim sua autonomia e sua singularidade na medida em que ele escolhe caminhos considerando sua contingência e as consequências dessas escolhas (MAXIMINO; PETRI; CARVALHO, 2012).

Assim, o que é saudável e balanceado só pode ser definido como bem-estar na perspectiva do sujeito-alvo (MARCOLINO, 2016). Acompanhando-o na identificação e na construção de suas necessidades, demandas e desejos, a(o) terapeuta ocupacional consegue favorecer a identificação do que é a saúde para cada um (MAXIMINO; PETRI; CARVALHO, 2012). Parte-se da ideia, então, de que a inserção social e a saúde podem ser construídas por meio da relação singular do sujeito-alvo com aquilo que deseja ou precisa realizar em seu

cotidiano (MAXIMINO; PETRI; CARVALHO, 2012). “Na medida em que o cotidiano é interrompido emerge a possibilidade de se pensar a necessidade dessa saúde, da saúde mental, do afeto, da criação de espaços saudáveis” (MARCOLINO, 2016 p.109).

O cotidiano, no MTOD, é composto por aquilo que é privado e público, ou seja, por hábitos, por rotinas, pelos momentos do dia-a-dia que compõe a vida humana, como um lugar da repetição, do concreto, da produção e da reprodução, da experiência vivida, da transformação, da ocorrência de relações sociais, do banal e do importante, das expectativas em relação ao outro e às coisas, do conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares e da reprodução social (BENETTON, 2010). Com base nisso, o MTOD propõe que a prática para construção e, principalmente, ampliação do cotidiano deve caminhar num constante movimento de mão dupla entre o individual, em sua criatividade, e o social (BENETTON, 2010). A proposta não é instituir um cotidiano obrigatoriamente composto pelo cumprimento de tarefas, hábitos, rotinas, papéis, afazeres, atividades de vida diária e prática, mas sim, a partir de experimentações na relação triádica, descobrir o que se gosta ou não, o que se consegue ou não, e permitir-se construir novos sentidos e significados para as atividades cotidianas (MARCOLINO, 2016 p.109).

Para que a prática seja construída a partir da singularidade de cada sujeito-alvo, é necessário que tanto no início quanto ao longo da prática, a(o) terapeuta ocupacional busque conhecer as particularidades desse sujeito-alvo em suas atividades e em suas relações: do que ele gosta (ou não), o que ele faz (ou não), o que consegue ou não fazer, como ele se vê, como as outras pessoas o veem, qual sentido ele dá ou as outras pessoas dão àquilo que ele faz, como ele se relaciona com as pessoas, quais são suas atitudes e ações (BENETTON, 2006; BENETTON, 2010; MARCOLINO, 2016). Essas informações compõem o que no MTOD é denominado diagnóstico situacional, e devem ser obtidas de variadas perspectivas: das observações da(o) terapeuta, dos relatos do próprio sujeito, de sua família, de seus amigos ou colegas, das equipes de saúde, de educação ou de assistência social (MARCOLINO, 2016), entre outras fontes que se façam necessárias ou possíveis. A(o) terapeuta ocupacional considera, além das condições física, psíquica, social e familiar do sujeito-alvo, como elas repercutem em sua vida cotidiana (CECCATO, 2012).

O diagnóstico situacional não é classificatório ou explicativo, e não pretende definir objetivos *a priori*, mas sim manter uma pesquisa constante, descrevendo e analisando as condições socioemocionais do sujeito (BENETTON, 2006; MAXIMINO; PETRI; CARVALHO, 2012). Por ser descritivo-analítico, deve ser feito durante todo o processo da

terapia ocupacional, possibilitando que etapas evolutivas sejam observadas (BENETTON, 2006).

O diagnóstico situacional oferece um panorama circunstancial de determinado momento da vida do sujeito, em uma dimensão histórica, e permite identificar fatores que contribuem para manter o sujeito em alguma paralisia - paralisia como uma alegoria que diga da limitação de suas ações ou de seu desejo de fazer coisas na vida (MARCOLINO, 2016). “A partir do diagnóstico situacional, é possível pensar em hipóteses, tanto sobre o que interfere negativamente na vida cotidiana do sujeito, quanto sobre procedimentos para provocá-lo e instigá-lo a se colocar em ação, mobilizando de alguma forma a criação de uma relação” (MARCOLINO, 2016 p. 112) entre o sujeito-alvo, a(o) terapeuta ocupacional e as atividades.

Essa relação triádica constituída pelo sujeito-alvo, pela(o) terapeuta ocupacional e pelas atividades é o núcleo duro do MTOD (BENETTON, 2010) e se caracteriza por uma dinâmica particular de funcionamento, na qual movimentos de ação e reação são determinantes da dinâmica relacional entre os três termos que a constituem (BENETTON; MARCOLINO, 2013). É o movimento dinâmico desses três termos da relação que define que caminho a terapia vai trilhar (BENETTON; MARCOLINO, 2013).

Essa relação triádica é sustentada em um *setting*³ que é um espaço subjetivo e objetivo para a realização de múltiplas atividades, um espaço para construir e desconstruir, um espaço para receber e permitir a partida (BENETTON, 2006; CECCATO, 2012). Tanto o *setting* quanto a própria terapia ocupacional devem ser representativos do cotidiano e, assim, relevantes para a vida (BENETTON, 2010; BENETTON; MARCOLINO, 2013). Assim, o *setting* precisa ter características que possibilitem a construção de si, de uma nova identidade no mundo (MARCOLINO, 2016 p.112). Espera-se que o *setting* seja um espaço de criação de possibilidades e de fomentação de desejos que contribuam para possibilitar mudanças nas histórias dos sujeitos-alvo, muitas vezes marcadas por fazeres fracassados e relações abandonadas (MORAES, 2008). Ele comporta atividades acabadas, inacabadas, abandonadas, destruídas, trazidas de fora, presenteadas, e outras, com a finalidade de receber quem lá está de passagem, da maneira como pode estar e que espera de lá muito levar (BENETTON, 1994; BENETTON, 2006).

A dinâmica entre os três termos da relação triádica cria múltiplas possibilidades de transferência - de conhecimentos, de afetos, de gestualidades - para a manutenção de um

³ A palavra “*setting*”, apesar de ter origem na língua inglesa, não será grafada em itálico ao longo desta tese devido ao seu amplo uso na língua portuguesa.

ambiente favorável para o desenvolvimento de uma relação de ensino, aprendizagem e produção (CECCATO, 2012). A terapia ocupacional, no MTOD, tem uma função terapêutica e uma ação educativa. A(o) terapeuta ocupacional deve permanecer atenta ao que circula na relação triádica, buscando instaurar uma transferência positiva, na qual o sujeito-alvo possa desejar aprender e se desenvolver e a(o) terapeuta ocupacional manter um afeto de quem acredita no desenvolvimento do outro, manejando suas ações para que possa avançar, limitar e indicar direções no transcurso da terapia ocupacional (CECCATO, 2012).

A(O) terapeuta ocupacional no MTOD é alguém que está na relação para oferecer suporte e sustentação aos projetos criados no setting (MORAES, 2008). Ela observa e registra o processo de realização de atividades, ou outros acontecimentos, para compor um quadro de informações sobre o sujeito-alvo e sua produção que posteriormente será acrescido de significados (BENETTON, 2006). Essa observação é um instrumento precioso de intervenção, pois com base nela a terapeuta vai ajudando a construir ligações entre o pensar e o fazer, o estar e o ser, o estar para fazer e o fazer para sentir e para ser (MORAES, 2008).

Nesse processo, é importante que a(o) terapeuta ocupacional tenha uma memória associativa, pois, ao longo de todo o processo terapêutico, depois de observados e memorizados, os acontecimentos podem e devem ser associados, uma vez que, diferentemente da linguagem verbal que favorece rapidamente as associações, no fazer atividades pode parecer não existir um encadeamento de ideias ou realizações. Ao observar, coletar informações e fazer associações, o raciocínio da(o) terapeuta ocupacional passa a funcionar em um sistema que possibilita o estabelecimento de um espaço de historicidade, que permite dar significados ao que se faz e favorece a construção de uma história do processo na terapia ocupacional (BENETTON; MARCOLINO, 2013).

A(O) terapeuta ocupacional deve manejar os acontecimentos do processo terapêutico de modo que possibilite ao sujeito-alvo nomear aquisições, habilidades, construções e autoconhecimento para, por meio desse processo, enriquecer sua vida cotidiana (BENETTON; MARCOLINO, 2013). Cabe à(ao) terapeuta ocupacional indicar caminhos, ensinar, educar, orientar e, no que tange às atividades, abrir espaços para o fazer, para abandonos, para novas escolhas, para decisões sobre o que fazer com os produtos das atividades, para pensar e conversar sobre elas a fim de dar-lhes significados (BENETTON; MARCOLINO, 2013).

As atividades estão, então, indissociavelmente ligadas aos outros termos da relação triádica – sujeito-alvo e terapeuta ocupacional – uma vez que inserir atividades em uma relação provoca nela movimentos dinâmicos e cria um campo experimental que abre espaço para a manifestação da subjetividade (BENETTON; MARCOLINO, 2013; MARCOLINO et al.,

2020). Nesse processo de realização de atividades, o MTOD se debruça sobre a importância da relação do ser humano com o que ele produz e com os objetos que ele utiliza como extensão de seu corpo para produzir, sendo que fazer atividades não gera apenas produtos em um sentido unidirecional do ser humano para sua produção, mas também produz relações, relações que envolvem produções (BENETTON; MARCOLINO, 2013). Escolher, fazer, construir, destruir, são ações transpassadas por sentimentos e emoções, e carregam expectativas e desejos (MARCOLINO et al., 2020). Assim, as atividades são o terceiro termo da relação triádica, uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma(um) terapeuta ocupacional e um sujeito-alvo (BENETTON, 1994). Essas atividades são significadas na relação triádica e a relação, por sua vez, é sustentada no e pelo fazer atividades, o que faz com que as atividades sejam resultado e resultante da relação triádica (MORAES, 2008).

No MTOD, as atividades são compreendidas como o instrumento da Terapia Ocupacional (profissão) que caracteriza a terapia ocupacional (prática). Enquanto instrumento, elas servem aos objetivos de observar, informar, analisar, educar, tratar, compor histórias e promover inserção social (MORAES, 2008). Defini-las como instrumento possibilita a flexibilidade e a multiplicidade de maneiras com que elas podem ser manejadas na prática terapêutica (BENETTON; MARCOLINO, 2013). Isso afasta a compreensão das atividades como recursos, uma vez que os recursos podem ser abandonados, substituídos ou mesmo excluídos dos procedimentos e, devido a isso, não caracterizam a terapia ocupacional (BENETTON, 2008). Definir as atividades como instrumento também afasta tanto o significado sócio-econômico-cultural contido no trabalho, quanto o significado de "vazio" contido na palavra ocupação (BENETTON, 1994).

O encontro entre o sujeito-alvo e a(o) terapeuta por si só já é uma atividade, assim como falar, gesticular, fazer ginástica, jogar, estudar, pensar, entre outras ações que integram o arsenal da Terapia Ocupacional (BENETTON, 1994). Algumas atividades demandam a manipulação de materiais inanimados e resultam em objetos criados ou construídos, processo ao longo do qual existe uma dinâmica processual que possibilita ordenar de diferentes maneiras os procedimentos técnicos sem alterar o produto, o que marca a diferença entre a técnica propriamente dita e a colocação da técnica em ação (BENETTON, 1994). Assim, a dinâmica de realização de atividades se refere a uma maneira particular de fazer, criar, construir e destruir que é alterada por sentimentos e emoções (BENETTON, 1994). Fazer atividades facilita o ensino e a aprendizagem através da experiência do fazer, abre espaço para o fazer de diferentes maneiras para obter um mesmo produto e possibilita que sentidos e significados sejam construídos (BENETTON, 1994).

As atividades no MTOD têm três funções: social, terapêutica e educativa. A função social consiste em servir para instrumentalizar a criar espaços de saúde para construções na vida cotidiana com objetivo de atingir a inserção social (BENETTON; MARCOLINO, 2013). Já as funções terapêutica e educativa compreendem o aprender, o ensinar e o realizar atividades, que se estende da terapia ocupacional para a ampliação de atividades e de espaços saudáveis no cotidiano (BENETTON; MARCOLINO, 2013), permitindo tratar, educar, ensinar, organizar, alterar o ambiente e incluir pessoas num sistema marcado por integrações e interações (BENETTON, 2008). Assim, é necessário que a(o) terapeuta ocupacional conheça atividades e seja capaz de ensiná-las, já que é a partir da realização de atividades que a(o) terapeuta pode ir em busca de técnicas que permitam a observação e o reconhecimento da subjetivação da ação (BENETTON, 1994).

As atividades devem se tornar significativas para atender aos problemas de várias ordens, mas sobretudo do social, que os sujeitos-alvo vivenciam (BENETTON, 2008). Se na sociedade uma atividade realizada no setting da Terapia Ocupacional pode vir a ser denominada de arte, ou se alguém leva para casa uma das atividades aprendidas na terapia ocupacional e diz que se ocupou com ela, ou mesmo se as ações e atitudes frente a qualquer atividade cotidiana sofre algum tipo de influência da terapia ocupacional, isso está relacionado ao objetivo final do MTOD, que é a inserção social (BENETTON, 2008).

Um dos pressupostos do MTOD é que o próprio sujeito-alvo construa essas significações e qualificações, sejam elas físicas, psíquicas e sociais, com auxílio da(o) terapeuta ocupacional (BENETTON 1994). Para isso, a(o) terapeuta lança mão das “trilhas associativas”, uma técnica de análise das atividades realizadas na terapia ocupacional que compreende uma série de procedimentos fundamentados na relação triádica e que conta com participação ativa do sujeito-alvo (BENETTON, 2006).

Nas trilhas associativas, como retalhos de uma colcha, as atividades são reunidas e analisadas a partir de combinações inventadas (BENETTON, 2006) ou de *consígnias*⁴, tais como semelhanças e diferenças, formas e cores, fáceis e difíceis, bonitas e feias, entre outras que sejam pensadas pela terapeuta ou pelo sujeito-alvo. Esses agrupamentos/combinções das atividades, desencadeiam associações, por exemplo, “entre o belo e o angustiante, entre o que dá medo e o colorido, entre as formas e os conteúdos” (BENETTON, 2006), ou outras que possam surgir na singularidade das produções e das histórias de cada sujeito-alvo.

⁴ Consígnia(s): palavra de origem francesa que traz a ideia de orientações ou pressupostos sobre determinado assunto ou atividade; propor dinâmicas, estruturas de improvisação e itens na criação de composições; ponto de apoio de onde se pode dar o salto criativo; provocador de ações (ESTEVES, 2011).

A(O) terapeuta conduz a técnica de trilhas associativas podendo falar sobre hipóteses que tenha construído previamente, a partir de um raciocínio clínico que é associativo, sobre o sujeito-alvo e suas necessidades, para que ele as valide ou não. Embora a(o) terapeuta tenha uma participação ativa nas trilhas associativas, é o sujeito-alvo quem determina seu curso e dá as significações. Esses significados dados às atividades podem ser momentâneos ou ampliados dentro da narrativa histórica do processo da terapia ocupacional (BENETTON; MARCOLINO, 2013).

O objetivo dessa análise de atividades a partir de comparações e associações é construir uma narrativa que, de preferência, conte a história de uma relação na terapia ocupacional (BENETTON, 2006) e seus impactos no social. Essas narrativas construídas a partir da análise das atividades podem positivar modos de existência do sujeito-alvo, o qual frequentemente traz consigo histórias interrompidas, mal contadas, sem sentido, que não lhe dizem respeito ou que frequentemente são narradas por outras pessoas (FERRARI, 2008). As trilhas associativas podem ser realizadas em qualquer momento em que terapeuta ou sujeito-alvo julguem necessário fazer alguma análise do processo da terapia ocupacional. Essa análise pode indicar caminhos a seguir na terapia (FERRARI, 2008), ou ainda, encerrar o processo terapêutico, sendo que todas as rotas adotadas são decididas conjuntamente entre sujeito-alvo e terapeuta.

A terapia ocupacional torna-se, então, um espaço de encontro-construção que provoca transformações (BENETTON; MARCOLINO, 2013). À(Ao) terapeuta ocupacional cabe estar atenta(o) e preparada(o) - com palavras, atitudes, atividades, gestos e intenções - para manter um espaço na narrativa que permita ao sujeito-alvo dar significados ao seu cotidiano (BENETTON, 2010). Assim, o agente das transformações é o próprio sujeito-alvo que “como cidadão, toma em suas mãos seu jeito de ser, para impor à sociedade que o receba desse jeito mesmo e que não precise esperar pela mudança social para nela se inserir.” (BENETTON, 2010, p.39). Nesse processo, o reconhecimento de si abre caminho para a inserção social, em um movimento que demanda ser ativo, fazer um movimento na direção do social, ampliar conexões com coisas e pessoas na direção do que faz bem, compondo o que Benetton (1994) nomeia como espaços potenciais de saúde (MARCOLINO et al., 2020).

Outro conceito proposto no MTOD é o quarto-termo de uma relação originariamente triádica, que abrange colegas de trabalho, família, grupos e situações de setting estendido – nas escolas, hospitais ou sociedade. Nesse caso, uma nova dinâmica é sempre instituída e cabe à(ao) terapeuta ocupacional sempre abarcá-la em benefício do sujeito alvo, do seu tratamento e educação (BENETTON; MARCOLINO, 2013).

O raciocínio clínico no Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Marcolino (2012; 2014), professora orientadora desta tese, é a pesquisadora brasileira que estuda o raciocínio clínico no MTOD. Abordando especificidades que o MTOD confere ao processo de raciocínio clínico, ela caracteriza quatro tipos de raciocínio: o diagnóstico situacional, o procedimental, o associativo e o ético-estético.

Os achados de suas pesquisas mostram que o raciocínio diagnóstico situacional é centrado nas especificidades dos casos, busca estabelecer relações entre os diferentes aspectos que envolvem a vivência do cotidiano e criar uma imagem de passado-presente-futuro, apresentando-se como um pensamento narrativo imbricado em um pensamento associativo, que possibilita construir hipóteses, determinar direções para as ações de cuidado e sustentar o processo de significação das atividades (MARCOLINO, 2012; MARCOLINO, 2014). Dessa maneira, Marcolino (2012) ressalta que o raciocínio diagnóstico situacional se aproxima do raciocínio condicional definido por Mattingly e Fleming (1994). Além disso, Marcolino (2014) salienta que o raciocínio diagnóstico situacional é um processo constante, não se restringe a uma etapa inicial do processo terapêutico, não se pauta em avaliações e protocolos e não está atrelado somente a déficits e dificuldades, conforme proposto por Rogers e Holm (1991).

O raciocínio procedimental, no MTOD, aproxima-se tanto do raciocínio interativo quanto do raciocínio procedimental propostos por Mattingly e Fleming (1994) já que, uma vez que o eixo organizador dos procedimentos no MTOD é o movimento dinâmico da relação triádica, os procedimentos se caracterizam ao mesmo tempo como educacionais e relacionais (MARCOLINO, 2012). Assim, o fazer é dependente da instauração do afeto, do sentir e do se relacionar.

Já o raciocínio associativo do MTOD é aquele que embasa a construção de uma cadeia de significados e sentidos no processo terapêutico. O MTOD propõe que a(o) terapeuta ocupacional armazene informações que sustentem a construção de hipóteses sobre o sujeito-alvo e suas necessidades e, em determinado momento, abra espaço para que suas associações hipotéticas possam ser apreciadas por ambos, a fim de, por meio da análise das atividades, avaliar processo terapêutico e construir uma narrativa sobre ele, de modo que o sujeito estabeleça e reconheça um cotidiano próprio não mais estagnado ou paralisado pela repercussão situacional da exclusão, pessoal e social acarretada por diferentes problemáticas (MARCOLINO, 2012). O raciocínio associativo, baseado em um tempo narrativo, atemporal, e causal, para o qual tempo e espaço vividos começam a fazer sentido (MARCOLINO, 2012), possui similaridades com o raciocínio narrativo definido por Mattingly (1991).

O raciocínio ético-estético no MTOD também é construído na singularidade de cada caso uma vez que as decisões éticas são definidas particularmente, a cada momento e a cada situação, permitindo a crítica e o afastamento de padrões coletivos de normatividade, pautada em uma estética singularizada e nomeada dentro da relação, nas diferentes qualificações, no que adquire caráter de beleza, funcionalidade, que é produzida e considerada útil pelo sujeito (MARCOLINO, 2012).

Com base nessas considerações, é possível afirmar que no MTOD o raciocínio clínico contém particularidades que ora se aproximam e ora se afastam da literatura geral sobre o tema. Com base nisso, a proposta desta pesquisa é elucidar essas particularidades a fim de ampliar as compreensões sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais.

CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVAS, QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS

Justificativas deste estudo

Como foi possível observar no capítulo 1, nos últimos 40 anos muitos tópicos relacionados ao raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais já foram elucidados, assim como muitas questões ainda permanecem abertas à investigação.

De acordo com Unsworth e Baker (2016), construir uma linguagem capaz de descrever o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais pode ser útil para que terapeutas experts se comuniquem mais facilmente com terapeutas novatas(os) e com alunos, facilitando processos de ensino-aprendizagem. Explicitar o pensamento de terapeutas ocupacionais permite também informar a prática de modo mais eficaz às pessoas envolvidas no processo terapêutico, como pessoa atendida, familiares e equipe profissional.

Voltando-se especificamente para terapeutas ocupacionais experts, Mattingly (1991) aponta que frequentemente esses profissionais sabem mais do que conseguem dizer e agem a partir de um conhecimento habitual, automático, corporificado/*embodied* e de natureza tácita. Essa autora também ressalta que terapeutas ocupacionais fundamentam sua prática em teorias mas também deliberam sobre quais são as ações mais apropriadas em um caso particular, com uma pessoa particular e em um dado momento e/ou contexto (MATTINGLY, 1991).

Embora estudos anteriores já tenham identificado particularidades no raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts em termos de habilidades, concepções e fluxo da prática (UNSWORTH; BAKER 2016), estudos adicionais com focos variados podem ampliar essas compreensões. Um dos focos possíveis, e no qual me debruço neste estudo, é como referenciais teórico-metodológicos específicos sustentam o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts.

Outra justificativa para realização deste estudo, voltando-se especificamente para o MTOD, é a constatação de que este é um referencial teórico-metodológico em constante construção, formulação e ampliação por meio da investigação empírica da prática. Assim, é possível afirmar que ainda há espaço para avançar nas pesquisas tanto sobre raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts quanto sobre o MTOD enquanto referencial teórico-metodológico.

Questão de pesquisa

Como se caracteriza o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que fundamentam a prática profissional no Método Terapia Ocupacional Dinâmica?

Objetivos

Objetivo geral

Construir uma compreensão teórica sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que fundamentam a prática profissional no Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

Objetivos específicos

- Caracterizar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que fundamentam a prática profissional no Método Terapia Ocupacional Dinâmica;
- identificar como o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que fundamentam a prática no Método Terapia Ocupacional Dinâmica foi mudando ao longo da carreira profissional e quais fatores contribuíram para essas mudanças.

PARTE 2. METODOLOGIA E PERCURSO METODOLÓGICO

Na segunda parte desta tese, composta pelos capítulos 4 e 5, descrevo a metodologia que utilizei e o percurso metodológico que segui.

No *Capítulo 4 - Teoria Fundamentada em Dados*, apresento a Teoria Fundamentada em Dados (TFD)/*Grounded Theory*. Faço um apanhado geral do desenvolvimento contextual e histórico desta metodologia, descrevo de modo geral suas principais características e particularidades, e faço uma descrição mais detalhada da vertente que utilizei, a construtivista.

Já no *Capítulo 5 - Percurso metodológico*, descrevo como conduzi esta pesquisa, abordando os aspectos éticos considerados, descrevendo as terapeutas ocupacionais participantes, os instrumentos utilizados e os processos de coleta e de análise dos dados, justificando minhas escolhas e os processos que desenvolvi com base nas diretrizes da TFD.

CAPÍTULO 4 - TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS

Diante da natureza exploratória deste estudo, utilizei uma abordagem qualitativa de pesquisa, a qual busca entender, descrever e explicar fenômenos por meio da compreensão sobre como as pessoas constroem o mundo a sua volta, sendo utilizada para acessar experiências, geralmente considerando casos reais para entender a questão de estudo (BARBOUR, 2009).

Como já apresentei brevemente na apresentação desta tese, utilizei como metodologia de pesquisa a Teoria Fundamentada em Dados (TFD), que tem como proposta explicar fenômenos desconhecidos, contingentes ou dinâmicos por meio da construção de teorias construídas com base nos dados coletados (CHARMAZ, 2014). A principal característica da TFD é que ela busca manter certo distanciamento de teorias já existentes, favorecendo a percepção dos dados sob uma nova perspectiva (CHARMAZ, 2008a). A TFD propõe diretrizes sistemáticas, mas flexíveis, para a coleta e análise de dados qualitativos, a fim de gerar como produto uma teoria interpretativa fundamentada nos próprios dados (CHARMAZ, 2014; RAMALHO et al., 2015). Coleta e análise de dados são realizadas concomitantemente, em etapas, informando uma a outra, em um processo iterativo de ir e voltar entre os dados empíricos e a análise emergente (CHARMAZ, 2008a). Isso permite modelar e remodelar a coleta de dados para refiná-la, tornando os dados coletados progressivamente mais focados e a análise sucessivamente mais teórica (BRYANT; CHARMAZ, 2007; CHARMAZ, 2014).

É uma metodologia que parte do empírico e constrói compreensões indutivas à medida que os eventos se desdobram e o conhecimento se acumula (CHARMAZ, 2008a). Embora seja frequentemente descrita como uma metodologia indutiva, teóricos reconhecem que a TFD é baseada em uma interação entre indução e abdução. A abdução é um terceiro modo de inferência, além da indução e dedução, desenvolvido por Charles Peirce - cientista, filósofo e um dos primeiros proponentes do pragmatismo - e pode ser descrita como um processo seletivo e criativo no qual o pesquisador examina cuidadosamente qual hipótese explica um caso particular ou um segmento de dados melhor do que qualquer outra hipótese candidata (THORNBERG; DUNNE, 2019). A abdução é um processo criativo, heterodoxo, crítico e cético em relação à teoria (incluindo os próprios conceitos desenvolvidos), em que cada novo *insight* é o resultado de modificar, elaborar, expandir ou rejeitar o conhecimento anterior e juntar velhas ideias de novas maneiras para explorar, compreender e explicar os dados (THORNBERG; DUNNE, 2019).

Origens, contexto histórico e fundamentação teórica

A TFD começou a ser desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss nos EUA na década de 1960 em um período em que a pesquisa qualitativa em sociologia estava perdendo espaço para inovações da pesquisa quantitativa assentada em concepções positivistas e que buscavam imparcialidade, objetividade, generalidade, explicações causais e previsões (CHARMAZ, 2014).

Nesse contexto, Glaser e Strauss realizaram estudos sobre o processo de morte em hospitais. Desafiando o paradigma positivista e tentando romper com a linha hipotético-dedutiva predominante, esses pesquisadores deram aos dados um tratamento analítico, compartilharam anotações preliminares com os participantes e produziram análises teóricas sobre a organização social e a disposição temporal da morte (CHARMAZ, 2014). A partir disso, Glaser e Strauss (1967) propuseram o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, em substituição à dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes, tendo como premissa que construir uma teoria fundamentada seria uma maneira de chegar a uma teoria adequada aos seus supostos usos. A fim de aperfeiçoar procedimentos analíticos e estratégias de pesquisa de pesquisadores qualitativos anteriores, Glaser e Strauss desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas e explícitas que poderiam ser adotadas para o estudo de outros temas, o que resultou no livro “*The Discovery of Grounded Theory*”, publicado em 1967 (CHARMAZ, 2014).

A partir de seus estudos e da construção da TFD, Glaser e Strauss mostraram que a pesquisa qualitativa poderia ir além de estudos descritivos e, em direção à esfera dos arranjos teóricos, desenvolver compreensões abstratas, compreensões conceituais e explicações teóricas sobre os fenômenos estudados (CHARMAZ, 2014; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013). Na figura desses dois criadores, a TFD aliou duas tradições opostas e concorrentes da sociologia: Glaser, com formação na Universidade de Columbia, seguia uma lógica positivista e alicerçou a TFD com abordagens sistemáticas, empirismo controlado e rigorosos métodos codificados; Strauss, com formação na escola de Chicago, seguia uma lógica pragmatista e embasou a TFD com o interacionismo simbólico, noções de atividade humana, processos emergentes, significações sociais e subjetivas, práticas da solução de problema e estudo irrestrito da ação (CHARMAZ, 2014).

Devido à formação em diferentes linhas sociológicas, com o tempo Glaser e Strauss passaram a divergir quanto aos procedimentos metodológicos da TFD e romperam, passando a trilhar caminhos diferentes (SANTOS et al., 2018). Glaser se manteve fiel ao empirismo

objetivo (vertente clássica/glauseriana da TFD), enquanto Strauss se aliou à pesquisadora Juliet Corbin e, juntos, criaram uma segunda vertente da TFD, a relativista/subjetivista/straussiana.

Apesar de a TFD ter sido proposta por Glaser e Strauss como uma maneira de combater a dominação da pesquisa quantitativa positivista, por volta de 1990 a TFD começou a ser criticada por se basear em pressupostos positivistas (CHARMAZ, 2014). Isso aconteceu porque tanto a abordagem clássica/glauseriana quanto a abordagem relativista/subjetivista/straussiana pressupunham a emergência de uma teoria "objetiva" que deveria ser descoberta ou deixada emergir sem forçar sobre ela ideias e pressupostos pré-concebidos e, assim, contaminá-la com a subjetividade do pesquisador (RAMALHO et al., 2015). Isso deixava implícito que a teoria existiria independentemente de sua descoberta ou percepção (RAMALHO et al., 2015).

Em meio a essas críticas, o papel do pesquisador como mais do que um observador neutro e que influencia o produto de pesquisa passou a ser discutido (RAMALHO et al., 2015). Nesse contexto, a terapeuta ocupacional Kathy Charmaz propôs uma terceira vertente da TFD, a construtivista, utilizada neste estudo e descrita em mais detalhes a seguir.

Vertente construtivista

O construtivismo é uma perspectiva teórica interpretativa que trata de como as realidades são construídas e supõe que as pessoas constroem as realidades das quais participam (CHARMAZ, 2014). Utilizada em pesquisas, essa perspectiva pressupõe que tanto os pesquisadores quanto os participantes interpretam ações e significados (CHARMAZ, 2014). A vertente construtivista da TFD é enraizada no pragmatismo e na epistemologia relativista e admite que qualquer versão teórica oferece um retrato interpretativo do mundo estudado, e não um quadro isento de interpretações pessoais (CHARMAZ, 2014; THORNBERG; CHARMAZ, 2014). A TFD construtivista reconhece que evitar a influência do pesquisador no processo de pesquisa é uma tarefa inatingível. Nessa vertente não é a metodologia de pesquisa que descobre uma teoria passivamente e independentemente do pesquisador, mas é o pesquisador que ativamente constrói uma teoria utilizando a metodologia e, assim, a teoria resultante depende da visão do pesquisador (RAMALHO et al., 2015).

Na TFD construtivista os pesquisadores buscam compreender como e por que os participantes da pesquisa constroem ações e significados em determinadas situações, locais e períodos. Além disso, os pesquisadores buscam descobrir como, quando e até que ponto a experiência estudada está inserida em posturas, redes, situações e relações mais amplas e, muitas vezes, ocultas (CHARMAZ, 2014). Ainda que não seja possível reproduzir completamente as experiências dos participantes da pesquisa, busca-se preservar ao máximo a

complexidade da vida social e construir compreensões de uma perspectiva mais próxima possível do caráter intrínseco da experiência (CHARMAZ, 2014).

A vertente construtivista não é apenas um método para entender as construções sociais dos participantes da pesquisa, mas é também um método que os pesquisadores constroem ao longo da pesquisa (CHARMAZ, 2014). Os pesquisadores adotam estratégias de coleta e de análise de dados, mas o que eles fazem, como fazem e por que fazem, emerge através da interação no ambiente de pesquisa, com seus dados, participantes, colegas e consigo mesmos (CHARMAZ, 2008b).

Parte-se do pressuposto de que o pesquisador constrói teorias, mas não vive em um vácuo social. Assume-se que qualquer análise está contextualmente situada no tempo, no espaço, na cultura e na situação, e que tanto os dados quanto a análise são gerados a partir de experiências do pesquisador compartilhadas com os participantes e com outras fontes, como com colegas, professores, conselhos institucionais ou outros (CHARMAZ, 2014). A teoria que emerge do processo de pesquisa é uma interpretação que depende da percepção dos pesquisadores, que devem reconhecer que tanto aquilo que veem quanto o que não veem está baseado em valores e, por isso, devem buscar ter consciência de suas pressuposições e de como elas influenciam sua pesquisa. Para isso, na vertente construtivista os pesquisadores adotam estratégias que promovem a reflexividade em relação ao processo e à produção da pesquisa, bem como às suas próprias interpretações e às interpretações dos participantes (CHARMAZ, 2014).

A TFD construtivista se afasta da ideia de indução pura, na qual os pesquisadores reúnem e analisam dados sem qualquer conhecimento teórico prévio e preconceções (THORNBERG; DUNNE, 2019). Os pesquisadores não pretendem oferecer uma imagem exata, mas sim um retrato interpretativo do fenômeno estudado, ou seja, os casos empíricos são sempre considerados como dados interpretados e construídos ao invés de dados “puros” (THORNBERG; DUNNE, 2019). Os pesquisadores estão constantemente indo e voltando entre os dados e o conhecimento ou teorias pré-existentes, e fazem comparações e interpretações na busca por padrões e melhores explicações possíveis (THORNBERG; DUNNE, 2019). Assim, a capacidade dos pesquisadores de fazer boas inferências abduativas depende justamente de seu conhecimento prévio, da rejeição de crenças dogmáticas e do desenvolvimento de uma mente aberta (*open-mindedness*). Por isso, diferente das duas vertentes anteriores, na TFD construtivista a literatura é um recurso vital para conduzir abduções (THORNBERG; DUNNE, 2019).

Construção de teorias interpretativas

Segundo Charmaz (2014), a relevância de construir teorias reside no fato de que elas provocam *insights* esclarecedores e dão sentido a reflexões obscuras e a problemas complexos, permitindo compreender tanto os fenômenos quanto as relações existentes entre eles. Essa autora salienta que uma teoria pode modificar o ponto de vista e a consciência de alguém, uma vez que permite ver o mundo de ângulos diferentes e gerar novos significados.

Charmaz (2014) delinea duas tradições teóricas distintas nas pesquisas: a positivista e a interpretativa, e salienta que as teorias emergentes de pesquisas conduzidas com base na TFD construtivista são interpretativas. Ela explica que enquanto as teorias positivistas buscam explicar e/ou prever os fenômenos estudados, as teorias interpretativas se afastam de um raciocínio linear e buscam construir uma compreensão teórica abstrata dos fenômenos, permitindo a indeterminação, priorizando a revelação de padrões e de conexões, sem buscar a causalidade.

A teoria interpretativa exige uma compreensão imaginativa do fenômeno estudado e pressupõe realidades múltiplas e emergentes, indeterminação, fatos e valores associados, verdade como algo provisório, vida social como processo (CHARMAZ, 2014). A teoria interpretativa busca: revelar uma natureza dinâmica e processual dos fenômenos estudados; conceituar os fenômenos estudados para entendê-los em termos abstratos; articular alegações teóricas relativas ao escopo, à profundidade, ao poder e à relevância; reconhecer a subjetividade na teorização e, em consequência, o papel da negociação, do diálogo e do entendimento; oferecer uma interpretação imaginativa. Nesse sentido, a teoria interpretativa é compatível com a perspectiva teórica do interacionismo simbólico, que compartilha esses mesmos pressupostos (CHARMAZ, 2014).

Charmaz (2014) chama de “teorizar” a prática de se dedicar ao mundo e de construir compreensões abstratas sobre e dentro dele. A TFD construtivista fornece diretrizes para a construção de uma teoria interpretativa, que resulta de pressupostos construcionistas sociais que permeiam o interacionismo simbólico, a etnometodologia, os estudos culturais, o discurso fenomenológico e a análise narrativa, e pode ir além das situações individuais e das interações imediatas, pode mesclar a análise de redes com outras ferramentas para colocar os significados em perspectiva (CHARMAZ, 2014).

CAPÍTULO 5 - PERCURSO METODOLÓGICO

Aspectos éticos

Este estudo seguiu os princípios da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, sob o parecer nº 3.382.934 em 11 de junho de 2019 (ANEXO 1). A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) e foram identificadas por meio de siglas (TO1, TO2, TO3...TO10) a fim de garantir o anonimato.

Participantes

Para construir uma TFD que busca compreender experiências de modo aprofundado e a partir de diversos pontos de vista, é importante que os participantes sejam "experts", ou seja, pessoas reflexivas, dispostas e capazes de falar de forma articulada sobre suas vivências e experiências com o fenômeno estudado (MORSE, 2007; MORSE; CLARK, 2019).

Com base nisso, as participantes desta pesquisa foram terapeutas ocupacionais classificadas como experts e que utilizavam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) como principal referencial teórico-metodológico na prática profissional.

A fim de identificar terapeutas ocupacionais que eram experts, utilizei as recomendações de pesquisas anteriores sobre o raciocínio clínico de profissionais experts, as quais indicam que embora a *expertise* seja mais frequentemente identificada pelo tempo de experiência, associar outros critérios - como nomeação por pares - traz mais confiabilidade à identificação da *expertise* (KING et al., 2008; RASSAFIANI, 2009). Com base nisso, defini como **critérios de inclusão**: ser terapeuta ocupacional com graduação concluída há no mínimo 10 anos antes da participação neste estudo; ter formação clínica no MTOD concluída há no mínimo cinco anos antes da participação neste estudo; estar atuando como terapeuta ocupacional em ao menos um contexto de prática, seja público ou privado; e ser nomeada como expert por pares. Os **critérios de exclusão** foram: preencher todos os critérios de inclusão, mas, no momento da participação no estudo, não utilizar o MTOD como principal referencial teórico-metodológico na prática.

De modo a garantir o critério de nomeação por pares, todas as participantes foram solicitadas a nomear outras terapeutas ocupacionais que preenchessem os critérios de inclusão e considerassem experts a partir da seguinte definição - elaborada com base no trabalho de

King et al. (2008): “Experts são profissionais que têm a capacidade de demonstrar desempenho ou comportamento adequado ou excepcional em resposta tanto a situações rotineiras quanto a situações que contêm algum grau de imprevisibilidade ou incerteza, com base em um conjunto de conhecimentos, habilidades, qualidades e características pessoais”.

No que tange o número de participantes, as diretrizes da TFD indicam que as pessoas sejam convidadas para o estudo de acordo com seus conhecimentos e experiências sobre o tópico pesquisado a fim de garantir que os dados coletados tenham qualidade (MORSE; CLARK, 2019). A amostra é dirigida à construção, desenvolvimento e aprofundamento da teoria emergente, e não visando à representatividade populacional (CHARMAZ, 2014; MORSE; CLARK, 2019; SANTOS et al., 2018). Assim, o número de participantes não é definido *a priori*, mas no decorrer do estudo e os esquemas de amostragem vão mudando dinamicamente ao longo do desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o nível de desenvolvimento da teoria fundamentada (MORSE; CLARK, 2019).

Seguindo essas diretrizes, não defini o número de participantes *a priori*, mas no decorrer do estudo, conforme a teoria fundamentada foi emergindo. Com base nas recomendações de Morse (2007), Morse e Clark (2019) e Charmaz (2014), empreguei três tipos de amostragens:

1) *amostragem por conveniência*: utilizada no início da pesquisa para obter uma visão ampla do fenômeno estudado, identificar o escopo e os componentes principais. Desta etapa fizeram parte quatro terapeutas ocupacionais que, além de preencherem os critérios de inclusão, também trabalhavam como professoras no curso de formação clínica no MTOD.

2) *amostragem proposital*: na qual os participantes são selecionados conforme indicado pela análise inicial dos dados. Desta etapa fizeram parte outras seis terapeutas ocupacionais, nomeadas como experts pelas participantes anteriores e que preenchiam os critérios de inclusão.

3) *amostragem teórica*: na qual os participantes são selecionados de acordo com as necessidades descritivas da teoria emergente. Nesta etapa realizei nova entrevista, porém em grupo, com as quatro primeiras participantes. Optei por reentrevistar especificamente essas quatro participantes por, além de elas estarem atuando na prática profissional, também estarem diretamente envolvidas com o ensino do MTOD, ou seja, com os conteúdos teóricos deste referencial teórico-metodológico.

Coleta de dados

Na TFD é possível utilizar diversos métodos para coletar dados relevantes que fornecerão material sólido para uma análise significativa, como observações de campo,

conversas informais, entrevistas, grupos focais, entre outros (CHARMAZ, 2014; THORNBERG; CHARMAZ, 2014). Seguindo essas recomendações, os métodos que utilizei para coleta de dados foram: ficha de caracterização das participantes, entrevistas individuais e entrevista em grupo.

A ficha de caracterização das participantes (APÊNDICE 2) foi utilizada para coletar os seguintes dados: sexo, idade, tempo de formação em Terapia Ocupacional, tempo de formação clínica no MTOD, outras pós-graduações (*lato sensu* e/ou *strictu sensu*), experiências profissionais anteriores e trabalho atual (local e tempo).

A entrevista intensiva é descrita por Charmaz (2014) como uma conversa orientada que visa explorar em profundidade a perspectiva dos participantes sobre o assunto pesquisado, no qual eles têm sólida experiência, favorecendo descrições e reflexões de maneira que raramente ocorre na vida cotidiana, promovendo esclarecimentos. Charmaz (2014) recomenda que na entrevista intensiva o pesquisador ouça com sensibilidade, manifeste interesse e vontade em saber mais, faça perguntas amplas e abertas, não valorativas, que estimulem o surgimento de afirmações e de histórias imprevistas que ajudem o participante a articular suas próprias intenções e significados, questione sobre as ideias, sentimentos e ações do participante. O pesquisador pode interromper o participante para explorar em profundidade determinado tópico, solicitar detalhes ou explicações para obter informações precisas sobre suas experiências e reflexões, voltar a um ponto anterior e/ou alterar o tópico seguinte, reformular uma ideia emitida pelo participante para checar sua precisão, reduzir ou acelerar o ritmo da conversa, conforme necessário.

Realizei entrevistas intensivas individuais e em grupo, do tipo semiestruturadas, a partir de roteiros previamente preparados. Como conduzi a coleta e a análise dos dados concomitantemente e em etapas, os roteiros que utilizei nessas entrevistas foram mudando ao longo da pesquisa, conforme lacunas foram sendo identificadas nos dados e a teoria fundamentada foi emergindo (APÊNDICE 3). Visando explorar ao máximo as experiências e reflexões das participantes, muitas perguntas surgiram no momento da entrevista e algumas perguntas foram sendo adaptadas à história que as participantes estavam contando. Os roteiros foram utilizados apenas como guias.

Também utilizei durante todo o percurso da pesquisa, desde a elaboração do projeto e, principalmente nos momentos de coleta e análise de dados, um diário de campo. Nele registrei minhas ideias, *insights*, reflexões e percepções sobre o desenvolvimento da pesquisa, sobre os dados coletados e sobre minhas análises, além de conteúdos teóricos com os quais fui entrando

em contato e que julguei que poderiam compor tais análises. Os conteúdos registrados no diário de campo também me auxiliaram a produzir memorandos, que serão descritos adiante.

O convite para participar desta pesquisa foi feito via aplicativo virtual de comunicação *online* (WhatsApp). Com as participantes que demonstraram interesse na pesquisa, foi agendado um encontro presencial ou via videoconferência (devido à pandemia de Covid-19) para coleta de dados. Apenas uma terapeuta ocupacional recusou participar devido a questões de sua vida pessoal.

A coleta de dados consistiu na leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no preenchimento da ficha de caracterização das participantes e nas entrevistas intensivas. Com as quatro primeiras participantes a coleta de dados individual foi feita presencialmente em locais e horários escolhidos por elas. Com as seis demais participantes, a coleta de dados individual foi feita via videoconferência, devido à pandemia de Covid-19, assim como a entrevista em grupo.

A duração das entrevistas foi de, em média, 2 horas, sendo 1 hora e 30 minutos o menor tempo e 2 horas e 30 minutos o maior tempo. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas logo após a realização.

No total, realizei 12 entrevistas, sendo 11 individuais e uma em grupo. A participante TO1 foi entrevistada individualmente duas vezes a fim de esclarecer questões que surgiram durante a análise de dados. Da entrevista em grupo participaram as quatro primeiras participantes, que compuseram a amostragem teórica descrita no tópico anterior. Seguindo as recomendações de Morse (2007), essa entrevista em grupo foi utilizada para expandir e verificar a teoria fundamentada emergente. Nessa entrevista em grupo, as quatro primeiras participantes foram apresentadas às descobertas preliminares e solicitadas a discuti-las. Seus *insights* foram utilizados para ajustar e saturar a teoria fundamentada emergente.

Análise de dados

A análise dos dados na TFD é denominada Análise Comparativa Constante, na qual o pesquisador compara dados com dados, dados com códigos e códigos com códigos, interagindo com os dados repetidamente, identificando semelhanças e diferenças, e questionando-os (CHARMAZ, 2014; THORNBERG; CHARMAZ, 2014).

Iniciei a análise dos dados após conduzir as quatro primeiras entrevistas individuais com as participantes que compuseram a amostragem por conveniência. Para organização e análise dos dados utilizei o NVivo®, versão 12.6.0, um software virtual criado para organizar e analisar dados qualitativos. A fim de me aproximar em profundidade dos dados coletados,

ouvi repetidamente a gravação dessas entrevistas e li diversas vezes suas transcrições, bem como minhas anotações no diário de campo. Após isso, produzi o primeiro memorando e dei início ao processo de codificação que, segundo Charmaz (2014) consiste em categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que resume e ao mesmo tempo representa cada parte dos dados. A peculiaridade da TFD é justamente não aplicar códigos existentes ou pré-concebidos aos dados, e sim criar códigos, defini-los e descrevê-los a partir dos próprios dados coletados (CHARMAZ, 2014).

O memorando é um método da análise comparativa constante que consiste em fazer anotações analíticas, conceituais e teóricas ao longo do processo de coleta e análise de dados (CHARMAZ, 2014; THORNBERG; CHARMAZ, 2014). Os memorandos contêm ideias, pensamentos, reflexões e conexões do pesquisador sobre os dados emergentes, aproximando-se de uma conversa consigo mesmo (CHARMAZ, 2014; THORNBERG; CHARMAZ, 2014).

Utilizei as codificações inicial, focalizada e teórica, conforme recomendado por Charmaz (2014) e por Thornberg e Charmaz (2014):

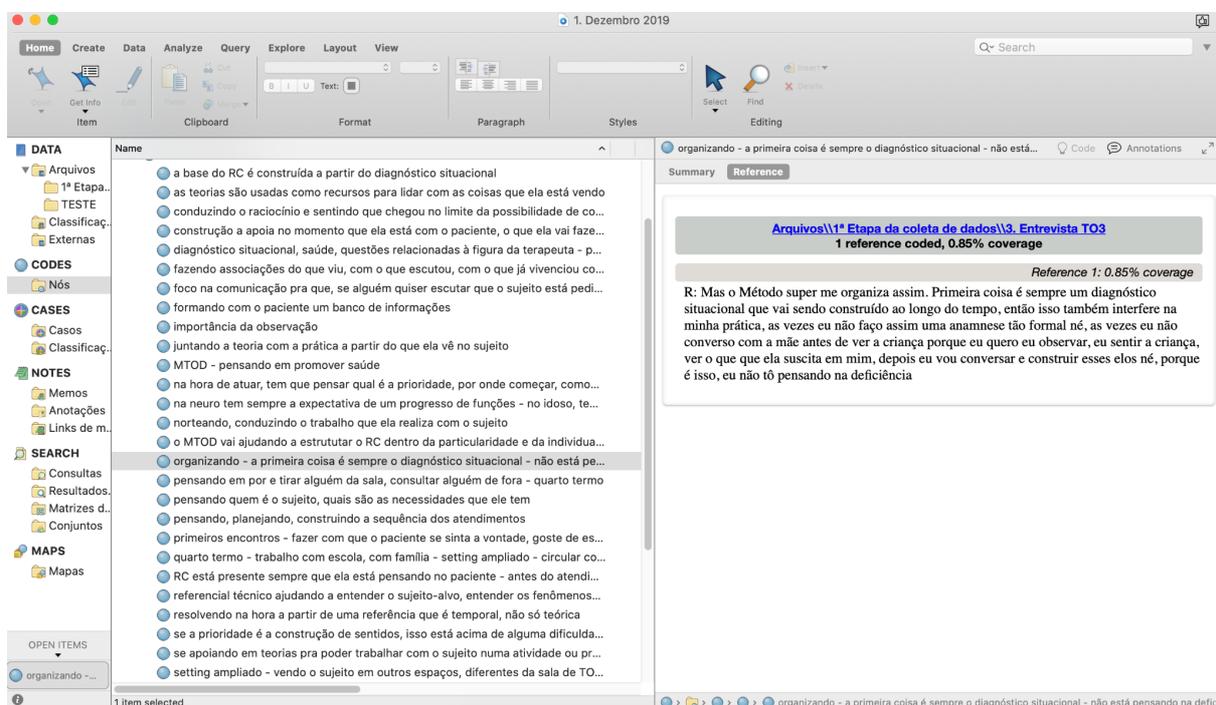
- *Codificação inicial*: é a primeira fase da análise comparativa constante, na qual o pesquisador cria códigos a partir de pequenos segmentos dos dados - palavra por palavra, linha por linha, parágrafo por parágrafo ou incidente por incidente, sendo que mais de uma dessas estratégias pode ser utilizada. Os códigos criados se ajustam aos dados, em vez de forçar os dados a se ajustarem aos códigos. Códigos iniciais são provisórios, comparativos e fundamentados nos dados. O pesquisador reúne dados para investigar e satisfazer esses códigos iniciais e identifica lacunas que serão resolvidas nas coletas posteriores. A coleta e análise simultâneas permite identificar lacunas nas primeiras etapas da pesquisa e buscar resolvê-las nas coletas posteriores, ajustando os códigos. Isso permite que o pesquisador tenha *insights* sobre quais dados coletar a seguir, refinando-os e direcionando a investigação posterior. Codificar com gerúndios ajuda os pesquisadores a detectar e manter o foco no processo e na ação, diferente dos substantivos, que tendem a converter as ações em tópicos. Nessa fase o pesquisador pode usar códigos *in vivo*, ou seja, termos específicos amplamente utilizados e compartilhados pelos participantes, a fim de conservar significados, opiniões e atitudes. Porém, esses códigos *in vivo* também devem ser submetidos ao tratamento comparativo e analítico, a fim de serem integrados na teoria.
- *Codificação focalizada*: é a segunda fase da análise comparativa constante, na qual a integração teórica tem início. Segmentos maiores de dados são sintetizados, integrados, organizados e explicados a fim de detectar e desenvolver as categorias conceituais que

mais se destacam. Isso exige a tomada de decisão sobre quais códigos iniciais permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os dados de modo incisivo e completo. As categorias conceituais explicam as ideias, os eventos ou os processos nos dados. Enunciados narrativos definem a categoria e explicam suas propriedades. A categorização implica em fazer inferências e classificações.

- *Codificação teórica*: é uma etapa mais sofisticada da codificação. É integrativa, visa dar forma e coerência analítica às categorias previamente delineadas. O pesquisador analisa como as categorias e os códigos construídos a partir dos dados podem se relacionar como hipóteses a serem integradas a uma teoria. Os códigos teóricos são mais abstratos e especificam relações possíveis entre as categorias criadas a partir da codificação focalizada, integrando e contornando os códigos focais.

No início do processo de codificação, utilizei a codificação inicial linha-a-linha das quatro primeiras entrevistas no software NVivo®, utilizando códigos *in-vivo* (FIGURA 1).

Figura 1. Codificação linha a linha



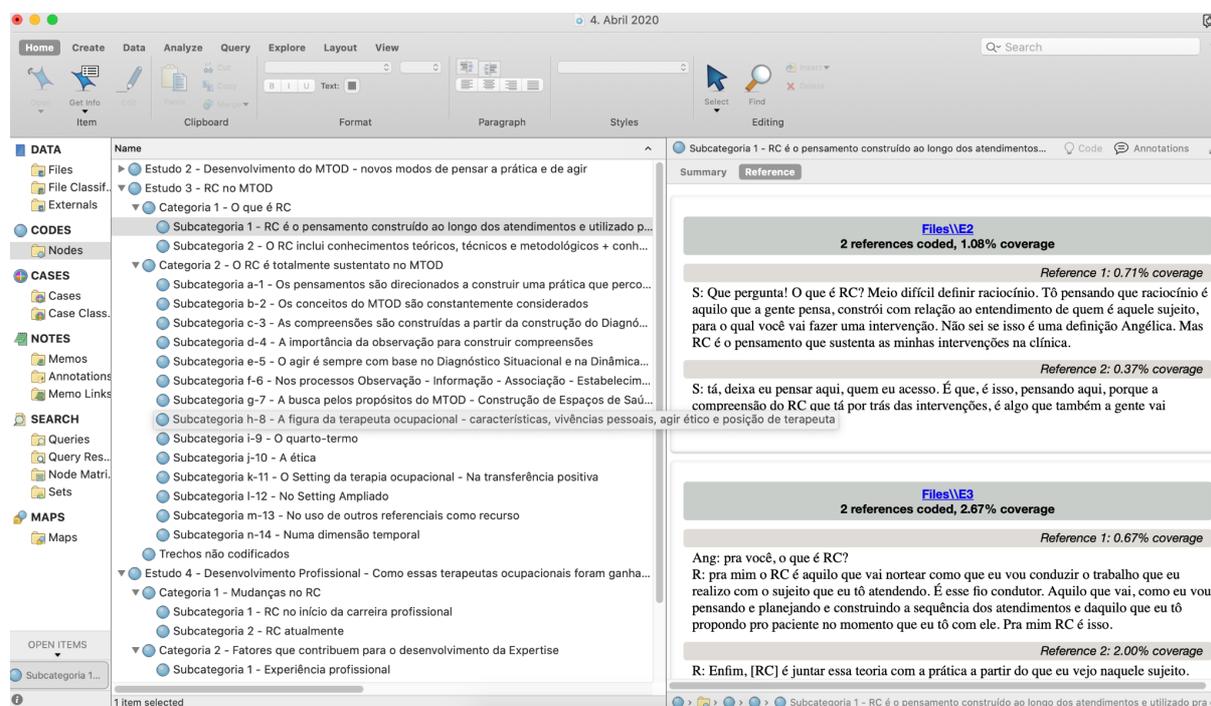
Fonte: autoria própria

Contudo, como estava analisando quatro entrevistas com duração de em média 1 hora e 30 minutos cada, criei muitos códigos nessa etapa da codificação inicial, o que tornou esse

processo inviável. Retornei à leitura atenta dos dados e dos códigos iniciais que havia criados e meslei a codificação linha a linha à codificação parágrafo por parágrafo. Assim, consegui criar uma quantidade manejável de códigos iniciais. Após isso, comparei esses códigos iniciais entre si e com os dados, agrupando-os e reagrupando-os de acordo com suas diferenças e similaridades. Ao término desse processo consegui reduzir consideravelmente o número de códigos iniciais mantendo o cuidado de permanecer com códigos que representassem cada parte dos dados.

Dando início ao processo de codificação focalizada, reorganizei os códigos iniciais em categorias e subcategorias, e fui identificando lacunas a serem exploradas nas entrevistas seguintes (FIGURA 2).

Figura 2. Codificação focalizada



Fonte: autoria própria

Após fazer a codificação focalizada das quatro primeiras entrevistas individuais, dei seguimento à coleta e à análise de dados, realizando outras sete entrevistas individuais. Analisei cada uma dessas entrevistas logo após a realização, identificando lacunas e direcionando a coleta de dados posterior - ajustando o roteiro de entrevista (ANEXO 3) às lacunas identificadas.

Ao longo desse processo fui descrevendo, detalhando e modificando as categorias e subcategorias que foram emergindo com base nas entrevistas e análises subsequentes,

identificando e preenchendo lacunas, clarificando pontos que ficavam às vezes obscuros. Abandonei algumas categorias e subcategorias que foram se mostrando fracas, compilei algumas entre si e criei outras que foram se mostrando necessárias. Esse processo remete ao que Charmaz (2014) descreve sobre a codificação focalizada envolver tomar decisões. Essa autora salienta que essas decisões são tentativas, não obrigações, ou seja, na codificação focalizada o pesquisador tem a flexibilidade de manter os códigos que se mostrarem relevantes e de abandonar aqueles que, ao longo da construção da teoria, vão se tornando menos significativos.

Após realizar e analisar as 11 entrevistas individuais, dei seguimento ao processo utilizando a amostragem e a codificação teóricas. Para isso realizei uma entrevista em grupo com as quatro primeiras participantes, as quais foram escolhidas como amostragem teórica por estarem diretamente envolvidas com o ensino do MTOD, o que favorecia suas reflexões teóricas.

No Quadro 1 exemplifico como identifiquei códigos iniciais, focalizados e teóricos a partir de um trecho de entrevista.

Quadro 1. Exemplo dos processos de codificação inicial, focalizada e teórica

| Transcrição da entrevista | Códigos iniciais <i>in vivo</i> | Códigos focalizados | Códigos teóricos |
|--|--|---|--|
| <p>“Para mim, o raciocínio clínico é aquilo que vai nortear como que eu vou conduzir o trabalho que eu realizo com o sujeito que eu estou atendendo.</p> <p>É esse fio condutor [...] como eu vou pensando e planejando e construindo a sequência dos atendimentos e daquilo que eu estou propondo para o paciente no momento que eu estou com ele.</p> <p>Para mim, raciocínio clínico é isso. É o que, quais são as teorias que me apoiam para entender esse sujeito, quais são as teorias que me apoiam para poder trabalhar com ele em uma atividade, para propor alguma coisa na terapia ou, enfim, é,</p> <p>juntar essa teoria com a prática a partir do que eu vejo naquele sujeito.</p> <p>Então, é essa construção que está o tempo todo comigo no momento que eu estou com o paciente, que vai me apoiar para aquilo que eu vou fazer, para aquilo que eu vou falar, para aquilo que vai acontecendo ali no setting.” (TO3)</p> | <p>nortear, conduzindo o trabalho</p> <p>pensando, planejando, construindo a sequência dos atendimentos</p> <p>apoiando-se em teorias para trabalhar em uma atividade ou para propor coisas</p> <p>juntando a teoria com a prática a partir do que vê no sujeito</p> <p>decidindo o que fazer ou falar diante do que acontece no setting</p> | <p>Conceituando raciocínio clínico</p> <p>Construindo um pensamento a partir de teorias e do que vê no sujeito para organizar as práticas e decidir quais vão ser as ações.</p> | <p>Categoria: Definições sobre o raciocínio clínico</p> <p>Subcategorias: - O que é raciocínio clínico - O que compõe o raciocínio clínico</p> |

Fonte: autoria própria

No Quadro 2, detalho as etapas do processo concomitante de coleta e de análise de dados.

Quadro 2. Processo de coleta e de análise dos dados desta pesquisa

| Mês/Ano | Coleta de dados | Análise de dados |
|--|---|--|
| Julho/2019 | Entrevista 1 | |
| Agosto/2019 | Entrevistas 2, 3 e 4 | |
| Setembro/2019 | | Escrita do Memorando 1 |
| Novembro/2019, Dezembro/2019 e Janeiro/2020 | | - Codificação inicial linha a linha - Codificação inicial segmento por segmento - Codificação focalizada - Escrita do Memorando 2 |
| Fevereiro/2020 | Entrevista 5 | |
| Março/2020 | Entrevistas 6 e 7 | - Codificação focalizada - Escrita do Memorando 3 |
| Abril/2020 | | Escrita do Memorando 4 |
| Maio/2020 | Entrevistas 8 e 9 | Codificação focalizada |
| Julho/2020 | Entrevista 10 | Codificação focalizada |
| Agosto/2020 | Entrevista 11 | |
| Outubro/2020 | | - Escrita do Memorando 5 - Codificação focalizada |
| Agosto/2021 | Entrevista em grupo (participantes 1, 2 3 e 4) | |
| Setembro/2021 | | - Escrita do Memorando 6 - Codificação teórica |

Fonte: autoria própria

PARTE 3. RESULTADOS

Nesta terceira parte, composta pelos capítulos de 6 a 10, apresento os resultados desta pesquisa. No capítulo 6, caracterizo as terapeutas ocupacionais que participaram deste estudo, dando destaque à expertise que essas participantes possuem, não circunscrita a uma área específica, mas à Terapia Ocupacional de modo geral. Nos capítulos 7, 8 e 9 apresento os principais achados deste estudo, organizados em categorias e subcategorias exemplificadas com trechos representativos das entrevistas realizadas.

Embora minha proposta tenha sido investigar especificidades do raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que trabalham com base do MTOD, Charmaz (2014) salienta que na TFD é possível que a análise se diferencie do que o pesquisador tenha planejado no projeto de pesquisa. Assim, explorei os dados de acordo com os temas que foram emergindo na Análise Comparativa Constante.

O conteúdo que apresento no capítulo 7, intitulado “*Introdução à Teoria Fundamentada: Desenvolvimento do Método Terapia Ocupacional Dinâmica - novos modos de pensar a prática e de agir*”, não estava previsto no projeto deste estudo. Este capítulo foi construído com partes das entrevistas de duas participantes - Jô Benetton e Sonia Ferrari - as quais ocupam uma posição de destaque na construção do MTOD e, por isso, são as únicas identificadas neste estudo e nesse capítulo específico. Ao serem questionadas sobre seu raciocínio clínico, Jô e Sonia contaram uma história sobre como um modo de pensar específico foi surgindo concomitantemente à construção do MTOD. Devido a isso, optei por separar os dados referentes a esta história e construí este capítulo descritivo, que não compõe a teoria fundamentada deste estudo, mas que emergiu como uma introdução aos capítulos seguintes.

No capítulo 8, intitulado “*Raciocínio Clínico no Método Terapia Ocupacional Dinâmica*”, caracterizo o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD como principal referencial teórico-metodológico na prática profissional. Ressalto que em todas as entrevistas as terapeutas ocupacionais experts participantes abordaram casos clínicos reais que estavam acompanhando para exemplificar seu raciocínio clínico. Enquanto falavam sobre esses casos clínicos, as participantes sobrepunham diversos processos e conceitos do arcabouço teórico-metodológico do MTOD. Isso muitas vezes dificultou a categorização dos dados coletados, já que “separar” trechos dos relatos das participantes me parecia descaracterizar o que elas estavam dizendo. Esse achado explicitou uma das principais características do raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts que atuam com base no MTOD: que elas utilizam um raciocínio clínico dinâmico, ao longo do qual os processos e conceitos deste referencial são pensados e empregados na prática quase sempre em conjunto.

Considerando isso, encerro o capítulo 8 apresentando um caso clínico na íntegra a fim de ilustrar esses resultados.

No capítulo 9, intitulado “*Raciocínio clínico e desenvolvimento profissional*”, apresento como o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts foi mudando ao longo da carreira profissional e quais fatores contribuíram - e ainda contribuem - para ampliação e aprimoramento do raciocínio clínico.

Encerro os resultados desta tese com o capítulo 10, intitulado “*Uma teoria fundamentada sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica*”, no qual integro os resultados dos capítulos anteriores, apresentando minha resposta à questão de pesquisa: “Como se caracteriza o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que fundamentam a prática profissional no Método Terapia Ocupacional Dinâmica?”.

Ressalto ainda que, ao longo da escrita desses resultados, realizei a revisão contínua de literatura, segunda fase da revisão de literatura proposta nas diretrizes da TFD construtivista. Segundo Thornberg e Dunne (2019), essa segunda fase ocorre ao longo da coleta e da análise de dados e, ao contrário da primeira fase, é fortemente informada pelos dados brutos. Durante esta fase, o pesquisador busca identificar estudos anteriores que se relacionam com as descobertas (temas, ideias, hipóteses) emergentes do processo iterativo de coleta e análise de dados. À medida que a coleta de dados avança e a construção da teoria fundamentada passa de provisória para cada vez mais focada e robusta, o pesquisador busca identificar teorias e conceitos já existentes que ajudam a elevar a teoria fundamentada a um nível mais abstrato (THORNBERG; DUNNE, 2019).

CAPÍTULO 6 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

As participantes deste estudo foram 10 terapeutas ocupacionais, todas do sexo feminino, que utilizavam o MTOD como principal referencial teórico-metodológico na prática profissional.

Nove participantes residiam no Estado de São Paulo e uma no Estado do Ceará. A maioria tinha entre 31 e 50 anos de idade. O tempo médio de graduação em Terapia Ocupacional foi de 27,5 anos, sendo 13 anos o menor tempo e 50 anos o maior. Já o tempo médio de formação clínica no MTOD entre as participantes foi de 21 anos, sendo 6 anos o menor tempo e 39 anos o maior. Além da formação clínica no MTOD, as participantes também cursaram outras pós-graduações, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das participantes

| Características | N |
|---|----------|
| Faixa Etária | |
| Entre 31 e 40 anos | 3 |
| Entre 41 e 50 anos | 3 |
| Entre 51 e 60 anos | 2 |
| Acima de 60 anos | 2 |
| Tempo de graduação em Terapia Ocupacional | |
| Entre 10 e 20 anos | 3 |
| Entre 21 e 30 anos | 3 |
| Entre 31 e 40 anos | 2 |
| Entre 41 e 50 anos | 2 |
| Tempo de formação clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica | |
| Entre 5 e 10 anos | 2 |
| Entre 11 e 15 anos | 2 |
| Entre 16 e 20 anos | 3 |
| Entre 21 e 25 anos | 0 |
| Entre 26 e 30 anos | 1 |
| Acima de 30 anos | 2 |
| Outras pós-graduações (lato sensu e/ou stricto sensu) | |
| Pós doutorado | 1 |
| Doutorado | 2 |
| Mestrado | 6 |
| Especialização | 5 |
| Aperfeiçoamento/Aprimoramento | 6 |

Fonte: autoria própria

Todas as participantes tinham experiências profissionais anteriores, durante as quais também utilizavam o MTOD como principal referencial teórico-metodológico, em áreas e serviços públicos diversos, como hospitais, serviços comunitários e ambulatoriais, associações, cooperativas, escolas e sistema prisional (QUADRO 3). Além disso, cinco participantes também tinham experiência docente: três (TO1, TO3, TO7) como professoras de cursos de

graduação em Terapia Ocupacional, e uma (TO10) como professora de dois cursos de especialização.

Quadro 3. Experiências profissionais anteriores das participantes como terapeuta ocupacional

| Participante | Local de trabalho como terapeuta ocupacional | Tempo de trabalho em cada local |
|---------------------|--|--|
| TO1 | Hospital geral - Unidade de Psiquiatria | 4 anos |
| | Hospital dia - Saúde mental | 4 anos |
| | Serviços de saúde mental ligados à universidade pública | 13 anos |
| | Organização Não-Governamental - projeto sócio educacional de contra turno escolar | 1 ano |
| TO2 | Hospital psiquiátrico | 1 ano |
| | Hospital geral - Unidade de Psiquiatria | 2 anos |
| | Ambulatório de Psiquiatria | 1 ano |
| TO3 | Associação de Assistência à Criança Deficiente | 5 anos |
| | Associação de Pais e Amigos da Criança com Distúrbio Neurológico | 4 anos |
| TO4 | Hospital geral - Unidade de Transplante de Medula Óssea | 11 anos |
| TO5 | Centro de Atenção Psicossocial | 1 ano |
| | Centro de Atenção Integral à Saúde Mental | 3 anos |
| | Serviços de saúde mental ligados à universidade pública | 4 anos |
| | Hospital geral - Unidade de Psiquiatria | 1 ano |
| | Ambulatório de saúde mental | 1 ano |
| TO6 | Centro de Atenção Integral à Saúde Mental | 4 anos |
| | Hospital Geral - Unidade de Psiquiatria | 4 anos |
| | Centro de Atenção Psicossocial | 1 ano |
| | Serviços de saúde mental ligados à universidade pública | 6 anos |
| TO7 | Cooperativa de Saúde/Ambulatório de Saúde Mental/Centro Educacional de Apoio a Nutrição Infantil/Serviço de Apoio Especializado ao Ensino Básico | 2 anos |
| | Centro Integrado de Reabilitação - área da infância e adolescência | 1 ano |
| | Hospital geral - Serviço de Interconsulta de Saúde Mental | 3 anos |
| TO8 | Escola profissionalizante para adolescentes e adultos jovens portadores de transtornos graves de aprendizagem | 4 anos |
| | Comunidade terapêutica para crianças portadoras de autismo e psicose infantil | 2 anos |
| TO9 | Centro de Atenção Psicossocial | 5 anos |
| | Serviços de saúde mental ligados à universidade pública | 9 anos |
| | Atenção Primária em Saúde - Associação de Saúde da Família | 3 anos |
| | Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais | 3 anos |
| | Unidade Prisional | 2 anos |
| | Hospital Psiquiátrico / Instituto de Psiquiatria | 5 anos |
| TO10 | Atenção Primária à Saúde / Matriciamento em saúde mental | 1 ano |
| | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil | 7 anos |
| | Serviço de Atenção Integral em Dependência Química | 1 ano |

Fonte: autoria própria

Todas as participantes estavam atuando como terapeutas ocupacionais em consultório particular quando foram entrevistadas. O tempo médio de trabalho em consultório particular foi de 23 anos, sendo 9 anos o menor e 44 anos o maior (TABELA 2).

Tabela 2. Tempo trabalhando em consultório particular

| Participante | Tempo |
|---------------------|--------------|
| TO1 | 44 anos |
| TO2 | 40 anos |
| TO3 | 16 anos |
| TO4 | 20 anos |
| TO5 | 19 anos |
| TO6 | 22 anos |
| TO7 | 13 anos |
| TO8 | 32 anos |
| TO9 | 16 anos |
| TO10 | 9 anos |

Fonte: autoria própria

Uma das participantes (TO2) também estava atuando como terapeuta ocupacional e diretora em um hospital-dia privado na área de saúde mental, há 40 anos. Quatro participantes (TO1, TO2, TO3 e TO4) também eram professoras no curso de formação clínica no MTOD quando foram entrevistadas.

Essas experiências profissionais em locais e áreas variadas, somadas ao tempo de graduação em Terapia Ocupacional, ao tempo de formação no MTOD e à nomeação por pares, confirmaram o *status* de expertise dessas participantes.

CAPÍTULO 7 – INTRODUÇÃO À TEORIA FUNDAMENTADA: DESENVOLVIMENTO DO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA – NOVOS MODOS DE PENSAR A PRÁTICA E DE AGIR

Neste capítulo, descritivo e introdutório aos seguintes, apresento como um modo específico de raciocínio clínico foi sendo construído e se modificando conforme o MTOD foi sendo construído a partir da década de 1970. Por abordar aspectos da construção deste referencial, o conteúdo deste capítulo é composto por partes das entrevistas realizadas com Jô Benetton e Sonia Ferrari.

Para demonstrar como isso ocorreu, delineeí três categorias e seis subcategorias (QUADRO 4).

Quadro 4. Categorias e subcategorias delineadas para caracterizar como um modo específico de raciocínio clínico foi sendo construído ao longo da construção do MTOD

| Categoria | Subcategorias |
|--|--|
| 1. Inquietações, buscas e experimentações | 1. Busca por materiais teóricos |
| | 2. Experimentações na prática |
| 2. Invenções | 1. Observações da prática |
| | 2. Reflexões embasando a proposição de novos conceitos |
| 3. Emergência de um modo de raciocínio clínico | 1. Raciocínio clínico que se afasta do que é psicodinâmico, moral, protocolar e pré-estabelecido |
| | 2. Raciocínio clínico ético-estético, situacional e singular |

Fonte: autoria própria

Aqui é necessário esclarecer que, embora neste estudo minha proposta seja investigar o conceito de “raciocínio clínico” entre profissionais que utilizam o MTOD na prática profissional, até o momento em que as participantes foram entrevistadas esse termo não fazia parte do aparato teórico-metodológico deste referencial, conforme Jô Benetton e Sonia Ferrari salientaram.

“Você vai tratar do raciocínio clínico. Eu jamais usei esse termo no Método⁵.”
(Jô Benetton)

“Não sei se a gente falava em raciocínio clínico lá nos inícios [da construção do MTOD]. Não sei se tinha esse raciocínio clínico específico da Terapia Ocupacional.” (Sonia Ferrari)

⁵ Nos trechos das entrevistas as participantes utilizam a palavra “Método”, com inicial em letra maiúscula, para se referirem ao Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

Categoria 1 - Busca por materiais teóricos e experimentações na prática

Nesta categoria descrevo como Jô Benetton, mobilizada por suas insatisfações no início da carreira, foi buscando conteúdos teóricos e, em parceria com Sonia Ferrari, fazendo experimentações na prática que embasaram a construção do MTOD e contribuíram para que um modo específico de raciocínio clínico emergisse.

Jô Benetton e Sonia Ferrari descreveram suas insatisfações com as produções teóricas e com a prática em Terapia Ocupacional que vigoravam no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, quando eram recém-formadas, as quais propunham que a(o) terapeuta ocupacional construísse um raciocínio clínico e uma prática normativas e adaptativos, ou que não norteavam claramente como pensar a prática e a conduzir.

“[...] o curso de Terapia Ocupacional, na época quando eu fiz, era sustentado em três livros, três autores [...] era o que a gente tinha na faculdade [...] era uma Terapia Ocupacional normativa, adaptativa. [...] trabalho com sintoma, modelo médico, tal atividade para tal patologia, tal indicação, tal contraindicação, era isso.” (Sonia Ferrari)

“Em uma Terapia Ocupacional normativa o raciocínio clínico é um raciocínio clínico médico. Totalmente colado no modelo médico. Num dos livros que a gente tinha na faculdade [...] ele coloca: patologia - Esquizofrenia; sintomas; indicações de atividade; contraindicação de atividades. Totalmente colado no modelo médico. Uma bula. [...] quer dizer, não tem sujeito. Tem doença.” (Sonia Ferrari)

“[...] eu não tinha uma profissão, e eu queria ter. Eu não sabia o que fazer.” (Jô Benetton)

Essas insatisfações mobilizaram Jô Benetton a buscar ativamente diversos materiais teóricos, tanto específicos da Terapia Ocupacional quanto conteúdos relacionados, mas não específicos da profissão, que contribuíssem para ampliar seu modo de pensar sobre a prática em Terapia Ocupacional e de a conduzir. Jô Benetton e Sonia Ferrari foram se deparando com materiais teóricos psicodinâmicos, os quais iam além de uma busca pela normatividade e pela

⁶ Todos os trechos das entrevistas que exemplificam as categorias e subcategorias identificadas ao longo desta tese foram corrigidos gramaticalmente nas situações em que a linguagem coloquial utilizada infringiu a linguagem formal, como no caso de expressões coloquiais “tá” (que foi modificada para “está”), “tô” (modificada para “estou”), “pra” (modificada para “para”), ou ainda no caso de problemas nas concordâncias verbal e nominal.

adaptação, considerando também os conteúdos internos (subjetivos, emocionais e intrapsíquicos) das pessoas atendidas.

“Eu fui buscar em teorias até fora da Terapia Ocupacional, como recurso [...]” (Jô Benetton)

“[...] nos anos 80 [...] eu estudava Fidler, Winnicott, Wittkower, Ázima, que eram pessoas que falavam da Terapia Ocupacional Psicodinâmica.” (Jô Benetton)

“O que foi vindo depois [materiais teóricos] foi muito de uma busca que a Jô foi fazendo. [...] viajando, ela entrava nas livrarias, ela olhava os livros, ela trazia os livros, a gente lia. O Fidler chegou para nós desse jeito.” (Sonia Ferrari)

“Quando a gente descobriu os psicodinâmicos foi uma maravilha. Porque eles propunham outra coisa. Não era adaptar ninguém, não era colocar ninguém para trabalhar dentro das indústrias hospitalares. Era: ‘esse sujeito tem mundo interno, ele está se comunicando através da atividade, ele está falando coisas de si’. Isso foi uma descoberta fantástica. [...] veio muito por esse mérito da Jô, de buscar essas coisas nas viagens e nas livrarias. A gente devorava tudo aquilo. Traduzia caseiramente, estudava, tentando decifrar cada palavrinha e encontrando um outro mundo. Essa passagem pela psicodinâmica foi importante porque foi um descolamento de uma Terapia Ocupacional super normativa [...]” (Sonia Ferrari)

Implicada em resolver suas insatisfações e construir uma prática diferente do que se tinha na época, com base em seus estudos Jô Benetton começou ampliar seu modo de pensar e a experimentar novos modos de conduzir o processo terapêutico em sua própria prática profissional.

“[...] quando eu comecei a trabalhar, eu já tinha muita dificuldade pessoal de me encaixar em programas pré-estabelecidos, protocolares. [...] no hospital [no qual ela trabalhava] [...] era proibido [...] dar atividades artísticas para os pacientes porque [diziam que] isso fazia aumentar o delírio. E eu escondido fui fazer. [...] observando isso eu vi como as pessoas ficavam diferentes [...] eu sou muito curiosa, eu já estava experimentando coisas.” (Jô Benetton)

Contudo, Jô Benetton não aplicava acriticamente os conteúdos teóricos que estudava, mas ia observando os acontecimentos dos processos terapêuticos que estava acompanhando e questionando aspectos teóricos que ela julgava que não respondiam às demandas com as quais

ela estava se deparando. Jô Benetton e Sonia Ferrari iam, assim, estudando, experimentando e buscando identificar o que funcionava ou não em suas próprias práticas situadas.

“[...] mas eu nunca apliquei aquilo [teorias] da forma como eles propunham.”
(Jô Benetton)

“Você entra numa questão de experimentar alguma coisa. Se dava certo a gente continuava. Se não dava, a gente voltava atrás.” (Jô Benetton)

“[...] eu adorei a tríade dos Fidler [...] Só que eles colocavam objeto como relação objetual. Eu decidi que, ‘vamos experimentar’, falei com a Sônia ‘quero experimentar que isso aqui não seja um objeto, seja atividade. Paciente, terapeuta e atividade. Vamos ver se tem dinâmica nisso.’. Nos anos 1980. [...] Eu estava pesquisando, eu estava curiosa para saber se eu poderia dizer de uma relação triádica com a atividade de fato, não com o objeto do ponto de vista fantasioso, inconsciente, psicodinâmico. [...] Eu também buscava essa associação. Se esses três termos podiam ser trabalhados associativamente.” (Jô Benetton)

Categoria 2 - Invenções

Nesta categoria descrevo como Jô Benetton, seguindo seus estudos e experimentações, observava e refletia sobre os fenômenos que estavam ocorrendo na prática, o que lhe dava subsídios para propor novos conceitos teóricos que serviriam para, posteriormente, sustentar um modo específico de raciocínio clínico.

Diante de suas insatisfações e críticas aos conteúdos teóricos com os quais tinha contato, Jô Benetton percebeu que seria profícuo se manter aberta para observar o que o sujeito-alvo fazia no processo terapêutico, dando menos ênfase ao que ele estava falando e buscando ao máximo não interferir em seu fazer.

“Eu simplesmente tentava observar o que acontecia na minha situação.” (Jô Benetton)

“[...] eu comecei a olhar o que o sujeito fazia, e não o que o sujeito falava. [...] a partir de 1985 [...] ficou clara para mim essa questão [...] que tinha no fazer.”
(Jô Benetton)

“Quando eu observei que aquilo era possível... quando ele me pediu os trabalhos, eu peguei os trabalhos calada, eu não fiz nada. Apenas quando ele começou a espalhar eu falei 'vamos pôr na sala inteira que daí cabe tudo'. Foi isso que eu falei, o resto foi tudo dele.” (Jô Benetton)

Observando o que o sujeito-alvo estava fazendo, Jô Benetton ia se surpreendendo e se encantando com os fenômenos inusitados que surgiam na prática. Ela enfatizou que muitas vezes ela mesma não pensava em possibilidades que esses sujeitos faziam emergir - com as capacidades que eles demonstravam e com as soluções que eles próprios encontravam - demonstrando assim a riqueza de, em sua posição de terapeuta, não impor rigidamente suas ideias/interpretações ou o curso do processo terapêutico, mas permanecer aberta e responder aos fenômenos que aconteciam ao longo da prática, aprendendo com esses acontecimentos.

“[...] é um caminho que vem desde a infância até a velhice. Pacientes [...] me ensinaram muito [...] eram surpreendentes. Eles conseguiam fazer coisas que eu nunca tinha pensado em fazer. [...] Lembro-me de um caso [...] a paciente tinha todas as dificuldades que você pode imaginar por causa da idade. [...] A mulher conseguia fazer caixinha de biscoito, uma maravilha! A mulher não tinha condição, olhando de fora [...] eu jamais pensei em dar uma caixinha de biscoito para ela. Eu não pensava. Mas aconteceu a caixinha de biscoito e eu fiquei parada.” (Jô Benetton)

“Eu tenho que ver o outro como é. [...] as pessoas são muito diferentes. [...] As pessoas me surpreendem com as suas coisas, suas novidades, suas coisas que acontecem. E sempre são legais. Por exemplo, um dos casos que eu acho super legal da minha vida. [...] o paciente tinha melhorado. Esquizofrênico. Perguntei se ele queria carpir minha chácara [...] aí vem ele e o pai. O pai fala ‘ele faz tão bem o trabalho de casa. Ele está cuidando... nossa casa, nosso barraco não foi mais roubado desde que ele fica lá, faz comida, limpa, lava. Então deixa eu carpir a sua chácara e ele fica em casa.’ Olha que solução incrível. As pessoas me davam isso como solução, quando eu olhava para todas elas. [...] o sujeito toma conta de si mesmo. Essas coisas me encantaram a vida inteira.” (Jô Benetton)

Com base em suas observações cuidadosas dos acontecimentos do processo terapêutico, e não tentando simplesmente encaixar os fenômenos vivenciados nas teorias que estudava, Jô Benetton refletia sobre os fenômenos que estavam ocorrendo em sua prática.

“Eu gosto da palavra pensar, refletir. Eu fazia uma observação, de uma coisa, de um fenômeno qualquer que estava ocorrendo, na minha relação com um paciente. A partir disso eu ficava refletindo sobre, por exemplo, por que é que aquilo aconteceu, aquele fenômeno, e não outro.” (Jô Benetton)

“[...] é a observação que leva à teoria. Acho que só dá para pensar em raciocínio clínico dessa maneira. Por que de outra maneira você já vai estar presa a uma teoria [...], você não precisa ter um raciocínio clínico, basta você juntar um fato com uma teoria já existente.” (Jô Benetton)

Essas reflexões na prática (no momento que a prática estava acontecendo) e sobre a prática (após a prática), somadas aos estudos teóricos tanto de conteúdos da Terapia Ocupacional quanto de conteúdos relacionados mas não específicos da profissão, foram contribuindo para que Jô Benetton construísse um novo modo de pensar e propusesse ou “inventasse” novos conceitos, que se aproximavam das demandas que ela estava vivenciando na prática, como relação triádica, dinâmica da relação triádica, associação e trilhas associativas, entre outros que serão explorados ao longo desta tese.

“Nossa, isso é surpreendente! Em cima disso [das observações] eu começava uma nova forma de ver aquele fenômeno, que normalmente tinha a ver com três termos: paciente, terapeuta e atividades. Há muitos anos que eu penso nessa relação triádica, na dinâmica dessa relação, entre o humano e não humano.” (Jô Benetton)

“O caso G. [...] acho que foi a coisa mais interessante para eu sempre pensar que existia uma possibilidade de associação livre com os pacientes [...] qualquer paciente [...]. De repente esse rapaz [G.] me deu essa coisa, porque ele selecionou os trabalhos dele e começou a contar histórias. [...] Aquilo lá é fantástico! Eu mesma não acredito naquilo. [...] foi exatamente pelo inusitado dele [...] reunir trabalhos, ELE pegar os trabalhos [...] quando ele separa [...] aquilo me permitiu, por exemplo, trabalhar para o resto da minha vida com as trilhas [associativas].” (Jô Benetton)

“O [caso] S. é consequência da minha descoberta de que poderia ser avaliado através das atividades, da relação triádica. O que [ele] sentia por mim, o que achava das atividades, o que elas contavam de histórias de nós três. Acho isso um fenômeno absolutamente fortuito, mas porque eu estava tendo um raciocínio clínico. Eu não quero definir o que é [raciocínio clínico]. Eu quero te mostrar o que é.” (Jô Benetton)

“[...] posso dizer um monte de conceitos que eu cheguei à conclusão com o uso das atividades, inclusive na definição do conceito de atividade, de relação triádica, de dinâmica da relação triádica, tudo isso são conceitos, com certeza, que foram tirados desse olhar da observação.” (Jô Benetton)

Os conceitos que Jô Benetton propôs/inventou a partir de seus estudos e de suas reflexões na e sobre a prática, e que compõem o aparato teórico-metodológico do MTOD, são abertos. Isso significa que eles não devem ser usados para definir, explicar, preencher lacunas ou encerrar possibilidades, mas sim para sustentar um raciocínio clínico e um caminho particular que será trilhado pela(o) terapeuta ocupacional em parceria com cada sujeito-alvo em sua singularidade, de modo a abrir possibilidades para que o inusitado possa surgir.

“Olha o que eu consegui! [...] existiam três termos, e eu conceituei e defini esses três termos. Paciente, terapeuta, atividades. [...] eu consegui enxergar que fazia sentido aquela dinâmica desses três termos. [...] conceitos de saúde, a posição de exclusão e não o excluído. Na hora que eu comecei a conceituar cada uma dessas coisas, influencia profundamente no meu raciocínio clínico. Quando eu falo da ética, da transferência, da associação, da memorização, da observação, da informação, no caso da terapeuta ocupacional. [...] Isso aí é o núcleo central de tudo que eu penso. Eu tenho um pensamento nuclear nesse sentido. [...] Quando chega um paciente para mim [...] eu estou sempre tentando ver quem é aquele sujeito, qual é a situação dele, onde é o ponto de exclusão, onde é o ponto de inserção. A inserção é muito importante para mim. A pessoa tem que estar sempre inserida. [esses conceitos] já fazem parte de mim. [...] Praticar o conhecimento. [...] isso aí já está dentro de mim, eu converso com as pessoas com esses conceitos já dentro da minha cabeça. [...] esses conceitos são abertos, eles não definem um sujeito, por exemplo. Eles são abertos.” (Jô Benetton)

Categoria 3 - Emergência de um modo de raciocínio clínico no Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Nesta categoria, apresento como a construção do MTOD, por meio das inquietações, estudos, experimentações e invenções de Jô Benetton, culminou também na emergência de um modo específico de raciocínio clínico.

Apesar de nas décadas de 1970 e 1980 os conteúdos teóricos psicodinâmicos terem sido disparadores de uma transformação importante em seus modos de pensar e de agir, Jô Benetton e Sonia Ferrari foram percebendo que esses conteúdos não respondiam à aspectos que deveriam ser essencialmente considerados na prática, tais como a necessidade de trabalhar com as concretudes da vida e de pensar de um modo que se afasta do que é moral, pré-estabelecido, protocolar e exclusivamente teórico.

“[...] se eu pensar nos inícios onde eu estava [...] muito mais identificada com um pensamento psicodinâmico, tem uma mudança fundamental. Porque no pensamento psicodinâmico o que estava muito mais em jogo eram as questões subjetivas, intrapsíquicas. Então todo o foco das intervenções era para trabalhar com o mundo interno [...] e com pouca intervenção no externo, no cotidiano, nas organizações necessárias, para dar conta disso. O trânsito era outro. Então, o raciocínio também era outro. [...] tudo foi mudando à medida que foi sendo possível constatar que só essa visão do interno não era suficiente para lidar com as concretudes da vida.” (Sonia Ferrari)

“Todo mundo estava pensando num aspecto teórico, pré-estabelecido.” (Jô Benetton)

“Quando se usa a moral, não tem a ver com isso, com o fenômeno observado, da prática, tem a ver com a coisa teórica. [...] O que eu quero dizer é que

realmente o que está pré-estabelecido numa relação da ciência, do conhecimento, da vida, para mim não serve.” (Jô Benetton)

“[...] seguir um protocolo? Isso é um absurdo, isso não existe, isso para mim, é o vazio. [...] impede a existência do raciocínio clínico. Impede o pensar. Uma coisa simples que é pensar. Observar e falar 'nossa, isso existe', 'olha como foi feito', 'olha...'. Impede isso. Admiração, curiosidade, invenção, ficção.” (Jô Benetton)

Para ter como foco a inserção social como principal proposta da terapia ocupacional, pensando em como lidar com as concretudes da vida e em como considerar a dinâmica entre os três termos da relação triádica, Sonia Ferrari enfatizou que era necessário construir um raciocínio clínico específico que, por sua vez, também trazia especificidades seu modo de agir.

"[A terapia ocupacional] tem como proposta as concretudes, as organizações, a construção de um lugar no social, as inserções possíveis no mundo. Quer dizer, [as teorias psicodinâmicas] davam conta de um pedaço, mas não davam conta desse outro que era um propósito. Então nessa medida é óbvio que foi mudando muito a forma de entender o paciente, a forma de se utilizar das atividades, o entendimento de como se estabelecia a relação triádica, toda essa passagem aí de entender a atividade como mediadora, para eu poder entender a atividade como termo da relação, como um dos termos da relação triádica e esse movimento da ação e reação. Isso muda totalmente as intervenções, e muda totalmente o raciocínio clínico.” (Sonia Ferrari)

Ao descrever um raciocínio clínico que foi sendo construído concomitante à construção do MTOD, Jô Benetton salientou o foco na ética-estética, na necessidade de abrir espaço para que o inusitado pudesse surgir, de considerar os fatos situacionalmente, de buscar encontrar a singularidade das pessoas atendidas e de seus modos de fazer e de se relacionar com pessoas e com objetos.

“Eu já tinha a ideia de que tudo era da situação, e da situação para mim, implicava no social. [...] Você não pode separar nada da condição humana. [...] Isto faz parte do meu raciocínio clínico. A descoberta da singularidade das situações que existem, que estão aí, no contexto. Nós temos um trabalho que lida bastante com a realidade. A realidade entra nas nossas quatro paredes toda vez que o paciente entra, com tudo que ele tem de fora: social, político, econômico, regional, seja lá o que for.” (Jô Benetton)

“De onde eu tirei isso? Tirei do raciocínio clínico, que é a forma de pensar aqueles fenômenos como alguma coisa inesperada [...] que dava um sentido completamente diferente ao rumo de uma terapia.” (Jô Benetton)

“[...] o raciocínio clínico tem que fazer parte do inédito, da invenção, da observação.” (Jô Benetton)

“Tem uma palavra que eu gosto muito da nova ciência que é a singularidade [...], o singular [...]. Como é que existem novos fenômenos, novas ocorrências, a singularidade do uso dos objetos, por exemplo. Isso eu acho fundamental, a singularidade no uso dos objetos. E isso vale para vida inteira. Quando você pensa numa pessoa mais velha que faz o tricô, o crochê, que são atividades artesanais. Isso não tem nenhum sentido: 'nossa!'. Mas para a pessoa pode ser outra coisa. Tem muita colocação de si mesmo em cada objeto.” (Jô Benetton)

“[o raciocínio clínico] encontra a singularidade, é isso, ele vai encontrar.” (Jô Benetton)

“A ética [...] é você olhar para dentro daquilo que você faz e descobrir a beleza. [...] quanto eu estou falando da ética, não posso deixar de colocar estética junto. Elas são unas. A terapia ocupacional é bonita.” (Jô Benetton)

Assim, foi a partir dos processos de questionar sua própria prática, buscar teorias, estudar, experimentar modos diferentes de fazer, observar os acontecimentos do processo terapêutico, surpreender-se, refletir na e sobre a prática, e inventar novos conceitos, que Jô Benetton, em parceria com Sonia Ferrari, foi construindo empiricamente o aparato teórico-metodológico do MTOD, propondo um modo específico de raciocínio clínico. Esse processo de construir o MTOD e um novo modo de raciocínio clínico foi acontecendo simultaneamente, ou seja, ao mesmo tempo em que elas iam mudando seus modos de pensar a prática e de agir, o aparato teórico-metodológico do MTOD também foi sendo construído e, por sua vez, mudando seus modos de pensar a prática e de agir.

CAPÍTULO 8 - RACIOCÍNIO CLÍNICO NO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

Neste capítulo apresento o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts que fundamentam a prática profissional no MTOD, caracterizando o modo de pensar dessas profissionais e destacando as especificidades identificadas. Para isso, delineei três categorias, compostas por oito subcategorias (QUADRO 5).

Quadro 5. Categorias e subcategorias delineadas para caracterizar o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts

| Categoria | Subcategorias | Participantes que contribuíram para o delineamento (N=10) |
|---|---|--|
| 1. Definições sobre o raciocínio clínico | 1. O que é raciocínio clínico | 9 |
| | 2. O que compõe o raciocínio clínico | 10 |
| 2. Raciocínio ético-estético, associativo e dinâmico | 1. Raciocínio ético-estético | 9 |
| | 2. Raciocínio associativo | 6 |
| | 3. Raciocínio dinâmico | 9 |
| 3. O Método Terapia Ocupacional Dinâmica sustentando o raciocínio clínico | 1. Diagnóstico situacional | 10 |
| | 2. Relação triádica | 10 |
| | 3. Trilhas associativas / avaliação do processo terapêutico | 8 |

Fonte: autoria própria

Categoria 1 - Definições sobre o raciocínio clínico

Nesta categoria apresento o que é raciocínio clínico segundo as terapeutas ocupacionais experts participantes e quais elementos o compõe.

Subcategoria 1 - O que é raciocínio clínico

As terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD compreendem o raciocínio clínico como o pensamento empregado para organizar o caminho dos atendimentos, organizar informações, construir compreensões sobre o caso, identificar prioridades e decidir como agir até que os resultados esperados sejam alcançados.

“Raciocínio clínico é uma forma de eu pensar, de me organizar [...] para entender o caso. Para ter ações, [...] uma forma de pensar que me guie [...]. Por exemplo, eu coeto os dados, informações, aí [...] eu faço alguma tentativa de rascunhar como seria um caminho interessante. [...] vou indo em um caminho do pensamento onde eu consiga chegar aos resultados.” (TO4)

“O raciocínio clínico é aquilo que vai nortear como que eu vou conduzir o trabalho que eu realizo com o sujeito que eu estou atendendo. [...] como eu vou pensando e planejando e construindo a sequência dos atendimentos.” (TO3)

“Raciocínio clínico é o pensamento que sustenta as minhas intervenções na clínica.” (TO2)

Esse raciocínio clínico não é estanque nem está traçado a princípio, mas vai sendo construído e modificado processualmente ao longo dos atendimentos, sempre que possível em parceria com o sujeito-alvo, conforme novas informações vão surgindo e resultados vão sendo atingidos e/ou modificados.

“O raciocínio clínico me ajuda a organizar as intervenções e acho que as intervenções me ajudam a construir o raciocínio clínico.” (TO6)

“O raciocínio é um pouco esse quebra-cabeças que eu me proponho a montar junto com o paciente.” (TO9)

“O raciocínio clínico [...] começa em um lugar e que vai sendo transformado ao longo do processo. Não é um raciocínio estanque.” (TO10)

O raciocínio clínico inclui os pensamentos das terapeutas ocupacionais antes, durante e após os atendimentos. Reflexões feitas após os atendimentos, *a posteriori*, ajudam a trazer clareza/ampliar compreensões sobre os acontecimentos do processo terapêutico. Essas reflexões são úteis para trazer clareza tanto sobre as compreensões dessas terapeutas sobre o caso quanto sobre como elas agiram no processo terapêutico. Além disso, essas reflexões embasam compreensões mais elaboradas e novos planejamentos sobre como elas podem agir nos próximos atendimentos.

“[...] sempre que eu estou pensando no paciente ele [o raciocínio clínico] está presente. Seja antes do atendimento, para eu me planejar para alguma coisa que vai acontecer, seja ao longo do atendimento para eu poder manejar o que vai aparecendo, seja depois, quando ele vai embora e eu vou refletir sobre o que aconteceu.” (TO3)

“[...] em um processo terapêutico [...] você responde não necessariamente tendo toda a clareza do raciocínio que você consegue colocar depois. Porque às vezes as respostas são imediatas.” (TO2)

Subcategoria 2 - O que compõe o raciocínio clínico

O raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts é composto por conhecimentos teóricos, técnicos e metodológicos somados às suas experiências profissionais anteriores, às suas experiências pessoais e ao que elas sabem sobre o sujeito-alvo. Esses fatores compõem o raciocínio clínico dessas experts como um acervo de conhecimentos e de experiências que elas utilizam para compreender o caso específico que estão acompanhando e decidirem como vão conduzir o processo terapêutico.

“Raciocínio clínico é o pensamento que inclui o meu conhecimento teórico, técnico, metodológico, e o meu conhecimento com relação àquele sujeito em particular. É como eu junto a minha formação, meu conhecimento, os entendimentos sobre a Terapia Ocupacional e como eu aplico tudo isso naquele sujeito em particular.” (TO2)

“[...] as teorias que me apoiam para entender esse sujeito, [...] para poder trabalhar com ele em uma atividade. [...] teoria comportamental [...] comunicação alternativa, [...] referenciais visuais para o autismo [...]” (TO3)

“Um caso ajuda o outro [...] os casos que eu atendo me dão ferramentas para atender outros e outros e outros.” (TO4)

“[...] vivências pessoais enquanto mãe, enquanto dona de casa que vai aprendendo as técnicas, [...] minhas vivências pessoais me ajudam. [...] tem um universo infantil que [...] às vezes quem me apresenta um jogo ou uma coisa diferente é meu filho. E eu levo para o consultório.” (TO7)

No que tange os conhecimentos teóricos, apesar de o raciocínio clínico das experts ser composto por diversos conteúdos, o MTOD se destaca dos demais, constituindo-se como o referencial teórico-metodológico que sustenta o pensamento dessas profissionais.

“O MTOD é a base do meu raciocínio clínico.” (TO5)

“A partir do momento que eu formei no Método, é ele que eu acabo utilizando para tudo. A base conceitual, estrutural do Método eu utilizo [...] o tempo todo. [...] Não consigo pensar em outra forma de ter esse raciocínio clínico sem o Método.” (TO7)

“[...] o raciocínio da terapia ocupacional, no Método, é uma trança de conhecimentos. Eu conheço desenvolvimento infantil, motricidade grossa, motricidade fina, desenvolvimento psíquico, cognição. Eu sei que o Método pega todas essas teorias e aplica em uma prática que seja possibilitadora de viver, de aprendizados.” (TO8)

Utilizando o MTOD como referencial teórico-metodológico que embasa a prática profissional que desenvolvem, as terapeutas ocupacionais experts citaram que: observar; coletar informação; memorizar; fazer associação; construir um espaço de historicidade; e construir narrativas, são processos que as auxiliam a organizar o raciocínio clínico. Esses processos de pensamentos utilizados pelas experts estão descritos aqui de modo geral, mas serão detalhados ao longo das demais categorias (em especial na categoria 3).

“Se a gente pensar nos processos que sustentam o raciocínio clínico, pensando no Método, observação, informação, memorização, associação, a construção de um espaço de historicidade, a construção de narrativas. Quer dizer, esse é um eixo organizador do raciocínio clínico.” (TO2)

“[...] a associação, a memorização, a observação, a informação, no caso da terapeuta ocupacional.” (TO1)

“Quando eu consigo parar e visualizar esse caminho, é como se eu mesma fizesse uma supervisão daquilo que eu estou fazendo. Às vezes eu tento me distanciar da situação e com esse eixo eu consigo me organizar melhor o pensamento.” (TO9)

Categoria 2 - Raciocínio ético-estético, associativo e dinâmico

Nesta categoria, caracterizo três tipos de raciocínio que identifiquei entre as terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD na prática profissional: ético-estético, associativo e dinâmico. Identifiquei que esses três tipos de raciocínio são empregados conjuntamente ao longo de toda a prática e são amplamente sustentados pelas especificidades do MTOD enquanto aparato teórico metodológico.

Subcategoria 1 - Raciocínio ético-estético

O conceito de “ética-estética” compõe constantemente o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD como principal referencial teórico-metodológico na prática profissional, ocupando uma dimensão paradigmática no modo de pensar dessas profissionais.

“[...] a ética também caminha o tempo todo. Está contemplada. [...] o raciocínio clínico tem que ter ética. Isso faz muito parte do Método.” (TO6)

“Para mim não é que a ética-estética entra [no raciocínio clínico], ou aparece. [...] ela está no caminho o tempo todo.” (TO7)

O que é ético-estético vai sendo construído de modo singular com cada sujeito-alvo, a partir da situação que está sendo vivida.

“A ética da relação é algo que não é transposto de uma para outra. Por isso que se descola da questão moral. O que é ético é definido na singularidade da relação.” (TO2)

Desse modo, o raciocínio ético-estético se afasta de “ideias prontas”, de pré-julgamentos, de pré-conceitos e do que é exclusivamente teórico.

“[...] o que tem que ficar de fora é valoração normativa, moral, do que o outro está vivendo. [...] disso a gente tem que abdicar.” (TO2)

Nesse sentido, apesar de essas profissionais estarem constantemente pensando em atingir o objetivo - proposto no MTOD - de ampliar o cotidiano do sujeito-alvo, elas não julgam saber o que é melhor para ele, o que ele precisa ou deve ter como objetivos na vida.

“A gente vai fazendo um exercício para não ter um julgamento [...] [para] compreender a atitude do outro. O fato de eu achar que na minha vida ter uma heterogeneidade de atividades é importante... não acho que eu tenha que exigir que o meu paciente tenha que fazer ginástica, se para ele aquilo não é importante.” (TO3)

Assim, essas terapeutas ocupacionais buscam dar ao sujeito-alvo um protagonismo para decidir quais rumos seguir, tanto no processo terapêutico quanto na vida. Empregando o raciocínio ético-estético, elas buscam se colocar como um suporte na vida do sujeito-alvo e estabelecer com ele uma relação de corresponsabilidade. As experts cultivam uma consciência de si enquanto profissionais circunscritas em um fragmento da história de vida do outro.

“E tudo isso do meu raciocínio clínico, querendo que ela voltasse para a escola, entendendo que isso fazia parte do cotidiano dela. [...] O meu raciocínio clínico foi sempre em volta disso, de construir o que era importante para ela. [a ética-estética] entra dentro da relação. Quando a gente divide com o sujeito o que a gente pensa daquele processo, do projeto e o que a gente gostaria que ele experimentasse, isso é ético. [...] para mim o ético é poder dividir com ela que tomar sorvete também faz parte do processo dela. É uma

coisa que é importante que ela consiga colocar no dia-a-dia dela. [...] faz parte do que eu quero para ela, acho que isso é ético.” (TO5)

O raciocínio ético-estético, então, é bastante particular para cada caso que está sendo acompanhado e tem foco na singularidade, na individualidade e na situacionalidade de cada sujeito-alvo, englobando seus desejos e necessidades.

“O Método permite este olhar, estas intervenções que são mais singulares, mais particularizadas e individualizadas.” (TO6)

“[...] eu tenho uma base do caminho que eu quero percorrer [...]. Mas para cada paciente é individual. [...] Não tem como eu ter uma receita ‘faça isso porque ele tem essa idade e essa...’. Não. Ele vai sendo construído.” (TO7)

“Não tem uma regra. Acho que o raciocínio é muito particular, muito em função das dificuldades daquela pessoa que está ali. Não tem como não pensar o tempo todo nas situações que podem favorecer aquele paciente. A gente está sempre buscando uma melhor condição para ele.” (TO9)

Subcategoria 2 - Raciocínio associativo

O pensamento com o foco na singularidade e na situacionalidade de cada sujeito-alvo, apresentado na subcategoria anterior, também fica evidente quando as terapeutas ocupacionais descrevem o que elas denominam de raciocínio associativo. Neste, as experts constroem um pensamento associativo que contempla suas observações sobre o sujeito-alvo (por exemplo, como ele faz, o que compõe seu cotidiano, como ele se relaciona com objetos e com pessoas), as informações que coletaram sobre o caso (por exemplo, o que o sujeito-alvo diz sobre si, o que outras pessoas relevantes dizem sobre ele), os acontecimentos ao longo de todo o processo terapêutico e quais afetos e sensações corporificadas esses acontecimentos lhe despertaram.

“A gente associa coisas do que a gente viu com o que a gente escutou, com o que a gente já vivenciou com o paciente. [o raciocínio clínico] tem essa característica também associativa, de ir construindo essa tessitura de como você vai conduzindo com o paciente.” (TO3)

“[o raciocínio associativo] está sempre associando uma palavra com uma ação, uma atividade com um fazer, com sua participação, ele está sempre nesse meio dinâmico e que não para nunca. [...] ele nasce e não dá lugar só à palavra, ou só à ação, só à atividade, ou só ao sujeito, só a mim...” (TO1)

Esse raciocínio associativo é construído não apenas a partir de dados perceptivos mais objetivos (observação, escuta), que mais clara e rapidamente alimentam o pensamento e a cognição, mas também a partir daquilo que é corporificado, de elementos do sentir, do afeto e da intuição, que vão surgindo conforme a relação triádica (entre sujeito-alvo, terapeuta ocupacional e atividades) está acontecendo.

“[...] a associação que vem de um lugar que é [...] mais livre, talvez mais afetivo, mais intuitivo, sem esse pensamento prévio de [...] cognição. Menos pensado. [...] mais das sensações do que de um pensamento racional [...].” (TO4)

“[...] é um outro dado que vem somar. Já cria as primeiras associações. Da nossa própria compreensão racional e nossas sensações, eu acho que isso é importante, alinhá-los. Em algum momento trazer outro dado que é justamente olhar para, por exemplo ‘Porque é que isso me irrita? Porque é que quando ela repete, repete, repete, dá uma sensação de irritabilidade?’. Acho que esse dado é importantíssimo. [...] Quanto mais coisas se vivem, maior esse campo associativo, maior a chance de ter uma coisa a ver com a outra. Quanto mais se vive, mais se experimenta, mais se conta...” (TO4)

O raciocínio associativo se afasta de interpretações - de compreensões à luz de conteúdos teóricos à parte da situação do sujeito-alvo - na medida em que está imbricado na ética-estética, ao se aproximar do que é vivido na singularidade de cada processo terapêutico, de cada relação triádica, e com base na ideia de que essas terapeutas ocupacionais atuam como um suporte, contribuindo, com suas intervenções, para que cada sujeito-alvo seja protagonista de sua própria vida.

“[...] uma questão que já caiu muito no Método, que são as interpretações. [...] no Método a interpretação é algo que não existe, não é usada. [...] hoje eu percebo as associações [...].” (TO4)

Para construir esse raciocínio associativo, as participantes destacaram a importância de memorizar. Memorizando observações, informações, vivências e sensações corporificadas, elas vão associando o que é parecido ou diferente para, com base nesse pensamento associativo, agir.

“[...] essas informações que se grudam, que se associam, me ajudam a ter um raciocínio, porque eu grudei antes, eu associei antes, eu somei antes, eu vi o

que é parecido, o que é muito diferente, e aí me ajudou também a ter uma ação.” (TO4)

“[...] a gente compõe o diagnóstico situacional e ele vai sendo guardado em algum lugar do terapeuta, que vai fazendo uso desses registros nos momentos que se fizerem necessários.” (TO3)

Registrar os atendimentos é um recurso que as terapeutas ocupacionais experts utilizam para memorizar observações, informações, vivências e sensações corporificadas que compõem esse pensamento associativo. Esses registros podem ser escritos, fotográficos ou mesmo o armazenamento das próprias atividades produzidas nos atendimentos.

“Eu vou pensando que tem uma questão de memória, é um elemento que tem muito da singularidade do profissional. Por exemplo, a minha memória é algo muito volátil. Eu tenho [...] o costume de, quando acaba o atendimento, eu anoto alguns elementos centrais para que a minha memória fique ativa. Acho que a terapeuta precisa pensar pontos de ativação da memória. E como poder, através disso, fazer uma associação.” (TO10)

“Eu registro por escrito e registro fotográfico. [...] E também registro com as minhas impressões. Então eu tenho lá ‘parece que é isso. Verificar.’, eu coloco. Para ver se vai se repetir na próxima, se não vai...” (TO7)

Outra característica do raciocínio associativo é que ele tem uma dimensão temporal, de valorizar o que é vivido na relação triádica para qualquer possibilidade de prospecção futura. As experts constroem associações considerando a história de vida do sujeito-alvo mas considerando, principalmente, os diferentes momentos da história que está sendo vivida *no* processo terapêutico - o que aconteceu antes, o que está acontecendo no momento e onde se vislumbra (uma visão prospectiva) que esse sujeito pode chegar.

“A gente faz tudo isso [o raciocínio associativo] dentro de uma temporalidade. Porque a gente tem o presente, a gente vive ali o presente, mas a gente tem o passado, o que já foi vivido com aquele sujeito e aquilo que a gente sabe da história dele. E a gente tem o futuro, porque a gente prospecta aonde a gente quer chegar. Quando a gente pensa na inserção social, por exemplo, tem uma prospecção que não é ali do momento presente. E isso eu acho que também contribui muito para essas associações. Porque a gente vai buscar lá atrás, vive aqui, prospecta lá, e a gente está o tempo todo associando.” (TO3)

“[...] é importantíssimo [...] você [...] poder pensar no futuro. Um futuro próximo. Um futuro que seja possível, palpável.” (TO4)

“[...] na história pregressa a gente não tem participação. Ela já aconteceu. [...] tem algo da compreensão que parte dessa narrativa de agora. É quase como se a compreensão fosse junto com a narrativa do momento. E que aos poucos vão aparecendo os elementos lá de trás, mas que também a riqueza, que eu gosto muito na compreensão, é pensar assim ‘onde eu imagino essa pessoa? Qual o meu desejo enquanto terapeuta?’. Não que eu vá impor esse desejo, mas eu tenho um. E minha compreensão tem que passar por aí também. De onde eu vislumbro, de onde esse sujeito quer chegar.” (TO10)

Subcategoria 3 - Raciocínio dinâmico

Nas duas subcategorias anteriores mostrei como o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts está constantemente permeado pela ética-estética e pelas associações. Aprofundando minhas investigações sobre o modo de pensar dessas profissionais, identifiquei que elas empregam um raciocínio dinâmico na medida em que vão encadeando em seu pensamento, ao longo de toda a prática e de modo complexo e fluido, todo o aparato teórico-metodológico do MTOD. Abordarei aqui alguns processos e conceitos pensados pelas participantes que caracterizam esse modo dinâmico de raciocínio.

O MTOD propõe que a prática profissional percorra um caminho composto por três processos: 1) construção do diagnóstico situacional; 2) estabelecimento e manejo da relação triádica; 3) avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas. O modo como esses processos compõem o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais participantes serão detalhados na categoria 3. Porém, aqui, ressalto que essas experts pensam em percorrer esse caminho não de modo linear ou estático, mas de modo dinâmico e fluido, sem uma regra de construir um processo para, em seguida, construir o outro, e constantemente pensando em como atingir propósitos/resultados de acordo com o que o MTOD propõe. Assim, apesar de estruturarem a prática de acordo com o caminho proposto no MTOD, elas vão construindo esse caminho de modo flexível, singular e não protocolar para cada caso que estão acompanhando.

“O Método é o caminho. O Método como um todo. [...] absolutamente dinâmico. Não tem onde começa uma coisa e acaba outra.” (TO1)

“A relação triádica [...] ela não é linear. Também não tem uma regra de que a partir do diagnóstico situacional em seguida vem a relação triádica. A relação triádica pode se iniciar já no diagnóstico situacional. O diagnóstico situacional também acho que ele vai acompanhando de alguma maneira, embora ele seja uma fotografia inicial, é a nossa avaliação inicial, mas a gente vai fazendo isso durante muito momentos do processo.” (TO6)

“Construção do diagnóstico situacional, identificar as necessidades do sujeito, [...] tratar, óbvio, com a dinâmica [...] da relação triádica, e chegar nas trilhas [associativas]. É uma constante, não dá para separar.” (TO7)

Ao longo de todo o processo terapêutico, que vai percorrendo esse caminho dinâmico, as experts também vão incorporando ao raciocínio clínico outros conceitos propostos e definidos no MTOD (já apresentados no capítulo 2 desta tese), tais como: função terapêutica e ação educativa, recursos, quarto-termo, setting, entre outros conceitos que se fazem necessários no momento vivido no processo terapêutico e a partir das necessidades específicas da situação de cada sujeito-alvo.

“Como, através da relação triádica, eu vou [...] casar a **função terapêutica com a ação educativa**, dentro do raciocínio.” (TO7)

“Eu penso em [...] **recursos** de comunicação alternativa [...] de estimulação sensorial [...]. Mas entra como recurso [...]. Utilizo alguns recursos da estimulação sensorial para conseguir, por exemplo, melhorar a alimentação de uma criança. Ou o uso da comunicação alternativa para [...] estabelecer essa comunicação com a criança e para que ela também possa estabelece-la com outras pessoas. [...] eu aciono [esses recursos] em determinados casos que eu acho que precisa. [...]. Então não é uma teoria no sentido de estar o tempo todo, mas um recurso [...] eu utilizo, pego e insiro dentro daquela atividade, daquele momento que eu estou atendendo.” (TO7)

“Tem que pensar a entrada do **quarto termo**. Então, tem raciocínio que eu vou formular especificamente sobre a entrada do quarto termo. Quando é esse momento certo de pensar isso [...]. Quando eu vou precisar chamar a mãe? Qual é a hora certa de eu convidar a mãe para estar aqui? Será que é agora? Todos esses pensamentos meus, se não estão muito bem organizados, eles se misturam. [...] tudo tem que estar muito bem articulado para eu dar conta de todos esses lugares sem que eu esqueça, sem que eu antecipe, sem que eu me desorganize.” (TO4)

“[...] sair com ele, fazer atividades fora, entender como ele fica fora, como ele se engaja nos projetos fora da minha sala, essa coisa do **setting** ampliado, que sai da sala de terapia ocupacional e que vai para fora, que vai tomar café, que vai ao cinema, que vai ao parque, enfim, tudo isso me ajuda no raciocínio clínico. E eu acho que isso é muito do Método.” (TO5)

A busca por atingir propósitos/resultados, de acordo com o que o MTOD propõe, permeia constantemente o raciocínio clínico dessas experts. Elas constroem compreensões e decidem como agir sempre buscando que o sujeito-alvo: tenha flexibilidade em suas atividades cotidianas; experimente novos modos de fazer; amplie suas atividades; seja reconhecido pelo que faz; se reinvente; se sinta seguro no social - em espaços públicos e coletivos; seja capaz de

transitar pelos diversos espaços do mundo sem necessitar de tanto suporte de outras pessoas; se insira socialmente; seja protagonista de sua própria vida.

“[...] no final do semestre passado, ela já estava de férias em dezembro, ela esqueceu do meu atendimento. Eu escrevi para ela, [...] 'você esqueceu o atendimento?', [...] Ela ficou muito desesperada. Eu falei 'estou tão feliz que você esqueceu meu atendimento!'. [...] Porque para mim foi resultado desse trabalho ela conseguir perder a hora, esquecer, relaxar nas férias.” (TO5)

“E nessa ampliação, tanto das atividades dentro do consultório quanto dessas atividades fora. [...] a mãe, o pai, também foram ampliando isso, utilizando o que a criança já estava construindo nas sessões, e levando para outros espaços. Na escola também. A resposta que eu tenho é que tem apresentações dos desenhos e o dele está sempre lá. Então, ele passou a ser alguém reconhecido hoje por uma atividade que ele faz bem.” (TO7)

“Ele percebe que foi um ganho na vida dele conseguir fazer isso. [...] o esforço que a gente fez esse último ano, 2019, a gente fez muita atividade externa. [...] quando a gente saía, a gente conversava disso, dessa melhora dele no social, de ele se sentir melhor. Ele me falava que sempre era muito difícil, que ele se sentia muito mal. [...] Tem uma padaria perto da casa dele que é super movimentada e para entrar [...] tem fila. [...] No final do ano [...] eu com outras terapeutas ocupacionais fizemos um *happy hour* com os pacientes [...]. Eu achava que ele não ia [...]. E ele foi. Acho que ele foi tendo alguns ganhos. [agora] ele lá no interior, de pegar o carro. [...] ele vai se percebendo 'nossa, de fato eu me sinto mais seguro'. Então esse é um resultado positivo, de ele ter conseguido e estar conseguindo.” (TO9)

“Eu fico muito com a questão da inserção social. Um pensamento amplo sobre o que é inserção social. Quando essa pessoa vai se vendo capaz de transitar pelo mundo e pelos espaços sem necessitar tanto de um suporte.” (TO10)

Categoria 3 - O Método Terapia Ocupacional Dinâmica sustentando o raciocínio clínico

Aprofundando a categoria anterior, nesta categoria detalho como as terapeutas ocupacionais experts vão empregando um raciocínio ético-estético, associativo e dinâmico, amplamente sustentado pelo MTOD, ao construírem uma prática que percorre um caminho composto por três processos: construção do diagnóstico situacional; estabelecimento e manejo da relação triádica; avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas.

Subcategoria 1 - Diagnóstico situacional

A construção do diagnóstico situacional é o que embasa o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts. É a partir do diagnóstico situacional que essas profissionais,

ao longo do processo terapêutico, vão construindo suas compreensões sobre o caso e decidindo como agir.

“Para mim a base de todo raciocínio é construída a partir desse diagnóstico situacional.” (TO3)

“[...] eu fico sempre tentando encontrar antes de qualquer coisa [...] o diagnóstico situacional.” (TO7)

As experts utilizam um pensamento investigativo para construir esse diagnóstico situacional. Elas vão compondo um banco de informações sobre o sujeito-alvo, suas particularidades, necessidades, desejos e a situação em andamento no tempo e espaço específicos que estão vivenciando. Esse pensamento investigativo não é restrito aos problemas ou déficits do sujeito-alvo, isolando-os de um todo. Ao invés disso, as experts pensam de modo ampliado, localizando os problemas na ampla história de vida do sujeito, considerando particularidades de seu fazer e se relacionar, conectando essas particularidades à situação vivida no momento em que ele está sendo acompanhado. Nessa composição, as terapeutas ocupacionais também buscam identificar onde elas mesmas, enquanto profissionais, se localizam na ampla história de vida do sujeito-alvo.

“Você lida com entender, compreender a situação. Fazer um bom diagnóstico situacional daquela situação, daquele momento.” (TO2)

“[...] aquela coisa do diagnóstico situacional [...] o primeiro contato fala muito de como a gente vai construir esse raciocínio, porque é a primeira fotografia que a gente vê desse sujeito.” (TO5)

“[...] acho que sempre a primeira pergunta é quem é essa pessoa que está aqui, qual história é essa que eu estou ouvindo e onde eu me localizo nela?” (TO10)

Para construir o diagnóstico situacional que embasa o raciocínio clínico, dois processos se destacam: a observação e a coleta de informações. A observação consiste em, de modo sistemático, apurado e cuidadoso, identificar, em contextos diversos da vida, como o sujeito-alvo está, o que ele faz, como faz, como se relaciona com objetos, com a própria terapeuta e com outras pessoas. Essas observações vão se transformando em informações que são somadas a outros dados, provenientes de fontes diversas: relatos do sujeito-alvo, dados de testes e de protocolos, relatos de pessoas significativas na vida do sujeito-alvo e de outros profissionais

que acompanham o caso, entre outras fontes de informações relevantes e disponíveis em cada caso.

“A gente vai formando com o paciente um banco de informações [...]” (TO3)

“[...] o diagnóstico situacional que eu faço compreende desde testes, [...] protocolos [...] é uma coisa encharcada de dados que contempla um espectro muito grande de campos. [...] desde a extensão do pé até o menino na escola, o menino na vida.” (TO8)

“Eu tento partir dessa observação para identificar como essa criança está, como ela está fazendo, como ela reage, se ela reage. Essa observação vai começar a me trazer esses dados.” (TO7)

“Eu observo o fenômeno. Uma observação bem aguçada. Observações que eu pego na extensão dos settings nos quais essa criança anda. Por exemplo, eu começo o diagnóstico situacional de uma criança [...] em casa. Parto da casa. Levo umas cinco sessões. [...] se eu achar que eu preciso ver alguma coisa específica, eu levo para o consultório, eu vou para a escola. Essas observações têm a ver com toda essa extensão do cotidiano da criança. [...] Tem a ver com cotidianos possíveis, criativos.” (TO8)

Os dados que compõem o diagnóstico situacional não são apenas aqueles que passam pela cognição, dos quais as terapeutas ocupacionais experts estão racionalmente conscientes e são capazes de explicitar/colocar em palavras com mais rapidez e facilidade. Dados corporificados, provenientes dos afetos, do sentir e da intuição das experts, também vão compondo o acervo de dados do diagnóstico situacional.

“[...] essa questão dos afetos. Como você vai sendo afetado nessa relação com o outro. [...] É difícil falar. Por exemplo, ontem eu estava atendendo uma criança *online*. E estava uma bagunça o ambiente ali da casa. A mãe estava com uma pessoa fazendo uma obra, então o menino não estava no lugar onde ele costuma [ficar], uma criança de cinco anos com [síndrome de] Down e que eu comecei a atender na pandemia. Eu nunca vi o menino pessoalmente, só vejo ele por vídeo. E tem sempre o lugar que ele fica quando a gente vai fazer a sessão. A mãe sempre fica junto porque ele precisa de ajuda. E ontem [por causa da obra/reforma] estava tudo fora do lugar. Ai no meio [da sessão] ele decidiu que [...] queria trocar de roupa. Ele foi lá, pegou uma roupa no armário, tirou a roupa, ficou pelado, colocou [...]. Ele pegava as coisas, jogava no chão e a mãe não falava nada. Enfim, eu conduzi a sessão 50 minutos com essa criança por vídeo. Quando acabou eu [...] falei ‘GENTE!’ . Foi me dando uma angústia! Como eu fui sendo afetada por aquela situação! E depois, claro que, quando eu trago isso para o campo das minhas ideias, [...] já estou cognitivando o processo. Porque eu transformo isso, vai para o diagnóstico situacional, [...] ‘tem uma dinâmica aqui nessa família, que não põe limites, que tudo pode [...]’, tem uma série de dados ali. A partir disso que eu senti,

eu vou tentar construir um significado. Esse afetamento é muito presente.” (TO3)

Outra característica do diagnóstico situacional que embasa o raciocínio clínico é que ele não é fixo ou definitivo. Ele vai sendo reformulado/reeditado processualmente ao longo dos atendimentos, conforme novos dados vão surgindo e a história do processo terapêutico vai se desenrolando.

“[...] dados novos virão, que eu vou fazendo reedições do meu diagnóstico, vou contribuindo. O tempo todo estão sendo reformulados.” (TO4)

“Esse diagnóstico situacional e a construção da relação é o caminho que eu inicio. Inicio e mantenho. [...] outros diagnósticos situacionais vão surgindo” (TO7)

“Na verdade, o que eu estou fazendo agora é outro diagnóstico situacional. [...] eu já venho de um que já foi feito. Que foi naquele outro momento. Agora eu estou fazendo um outro para tentar ver que melhor intervenção a gente pode ter.” (TO8)

Subcategoria 2 - Relação triádica

Dando seguimento à construção de uma prática que percorre o caminho dinâmico proposto no MTOD, as terapeutas ocupacionais experts vão vivenciando a relação triádica, composta por sujeito-alvo, terapeuta ocupacional e atividades, compreendida como o núcleo do processo terapêutico e caracterizada por movimentos dinâmicos de ação e reação entre os três termos.

“[...] ao longo do meu trabalho eu fico muito mais nessa questão da relação [triádica] e do raciocínio que envolve isso [...]. No início é uma coisa mais preocupada de montar esse cenário e [...] esse cenário vai mudando à medida que a gente vai colocando essa pessoa em atividade. Mas acho que meu foco, meu núcleo, é a relação [triádica] e o raciocínio [clínico].” (TO9)

“[...] tenho consciência da relação triádica muito clara. [...] eu vejo claramente a relação triádica estabelecida [...] a relação triádica é sempre assim [...] muito movimento [...] fluxo o tempo inteiro.” (TO8)

As experts observam, vivenciam e analisam os movimentos dinâmicos da relação triádica, associando essas análises ao diagnóstico situacional, aprofundando suas compreensões

sobre o caso e decidindo como agir, manejando os acontecimentos do processo terapêutico. Trata-se de um processo interativo entre informações/percepções, ideias/compreensões e ações que repousa na estrutura teórico-metodológica do MTOD - novas informações/percepções alteram o diagnóstico situacional e permitem alterar as ações das experts para o manejo dos movimentos da relação triádica.

“[...] isso é algo que eu não estava entendendo antes [...] e que agora eu estou entendendo. Ampliou o meu entendimento. [...] às vezes eu preciso de tempo de relação, porque isso para mim foi excelente, eu sou super feliz de ter entendido isso.” (TO4)

“[...] quando a gente indica alguma atividade, quando a gente faz alguma intervenção na clínica, quando a gente fala 'vai por aqui e não por ali' para o paciente, [...] tudo isso está sustentado na relação triádica, [...] no processo, na história que a gente tem com aquele sujeito.” (TO2)

“O entendimento dessa movimentação desses sujeitos. Eles dão indício e eu entro com a ação, com aquela conduta, para intervir naquela situação. Mas esse termômetro, acho que é isso a arte da clínica. E logicamente com todos os elementos que você tem de teoria, você vai aprendendo a decodificar isso.” (TO8)

Essas ações de manejo da relação triádica, no momento em que essa relação está acontecendo, são decididas muito rapidamente, caracterizando um pensamento na ação, no qual o que é corporificado, sentido e intuído se sobrepõe ao que é racionalizado ou puramente cognitivo. Isso está relacionado com a instauração da **transferência positiva**, outro conceito proposto e definido no MTOD.

“Eu entendo que tudo isso tem a ver com a relação e com a tal da transferência positiva que sustenta a relação. Porque isso que a gente fala de um sentimento, de uma atitude que não dá para ser transposta para outros lugares. Porque é algo muito próprio, e que tem a ver com como a gente se afeta por aquilo que o paciente nos apresenta. Isso não tem nada a ver com o cognitivo, [...] a gente filtra algo para poder responder ou agir terapêuticamente. Meu receio é que se a gente falar só de afeto, afeto, afeto, a gente está falando da gente. [...] E não é só da gente. É da gente naquela posição, [...] na relação triádica. A gente como terapeuta dele.” (TO2)

“[...] a questão da transferência positiva [...] tem a ver com o [...] desejo da terapeuta depositado na melhora daquele que está ali. [...] A transferência positiva, é uma questão amorosa também. Você maneja essa afetação, essa proximidade do outro, para que ele [...] fique melhor. Aquilo é uma situação que ele precisa viver [...] vai ser elemento importante da melhora. Tem muitos momentos que a terapeuta sustenta um certo sofrimento, uma vivência, porque ela sabe que aquela é uma etapa de uma melhora. Para que aquilo seja

vivido dentro da relação triádica para ser algo a ser lembrado e a ser experimentado como uma etapa de uma melhora.” (TO4)

Acerca das **atividades**, conceito que também tem uma definição própria no MTOD, elas são compreendidas pelas experts como um dos termos da relação triádica e como o instrumento da terapia ocupacional. Conhecer técnicas de realização de atividades amplia o raciocínio clínico dessas profissionais sobre o que ofertar ao sujeito-alvo, sobre as possibilidades do fazer e do experimentar na terapia ocupacional.

“[...] sempre busco aprender a fazer atividades. Justamente para ter o que ofertar. [...] conhecer técnicas de realização de atividades é algo que facilita muito o meu raciocínio clínico e as minhas ações enquanto terapeuta. Saber que ali ele vai ter alguma dificuldade, que eu posso passar aquela etapa ou não, ou que eu posso prever de outra forma. Isso ajuda.” (TO7)

Subcategoria 3 - Avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas

A construção de sentidos/avaliação sobre o processo terapêutico é feita pelas experts sempre em parceria com o sujeito-alvo, momento no qual ambos vão construindo associações sobre o que foi vivido/feito/sentido ao longo dos atendimentos.

“Pelo menos uma vez por semestre eu tenho atendimento de família onde a gente conversa sobre o que trabalhamos. É um jeito também de o paciente ir se apropriando do processo. [...] ter um momento de reflexão, de conversa, onde a gente vai olhar que caminho é esse que a gente está construindo. No que avançamos? No que não avançamos?” (TO6)

Essa avaliação dialógica do processo é feita principalmente por meio das trilhas associativas, uma técnica de análise de atividades proposta no MTOD para construir sentidos sobre a terapia ocupacional. Nas trilhas associativas as atividades feitas nos atendimentos vão sendo agrupadas, reagrupadas e analisadas, favorecendo a construção de narrativas sobre a história vivida na relação triádica, integrando-a à história de vida mais ampla do sujeito-alvo. Por meio das trilhas associativas, as experts auxiliam que o sujeito-alvo associe e integre vivências e mudanças ao longo do processo terapêutico e de seu curso de vida.

“A trilha associativa é uma forma de construir narrativa. Quando você se propõe ‘olha, aqui dessas atividades que a gente fez, vamos tentar agrupar?’

Vamos pensar o que foi isso que a gente viveu aqui?’. E é uma construção de narrativa que nunca traz só os elementos da relação. Ela sempre vem trazendo os elementos da vida do sujeito, da história, por isso que eu acho que é bonito pensar nesse fio condutor, que tem um tempo.” (TO10)

“Com uma mulher adulta, [...] fizemos uma construção de várias atividades significativas e fotografias. Conduzir as trilhas [associativas] foi super significativo na história de vida dela, para ela juntar a vida. As atividades com ela foram sendo as partes da vida dela. Ela adulta, ela criança, as atividades foram caminhando por esses lugares, infância, adolescência e vida adulta, pré [...] e pós casamento, pré e pós maternidade. Foi quase como se ela pudesse ir integrando que essas mudanças na vida dela formavam ela como um todo. [...] as trilhas foram mostrando isso para ela, que as coisas foram sendo divididas no tempo, mas que ainda era ela vivendo tudo aquilo. E ela pôde perceber isso pelas atividades. Foi um processo bem bonito.” (TO10)

“Quando eu peço para ele olhar para toda essa produção, [...] eu achei muito legal a forma como ele conseguiu compilar e como ele conseguiu trazer a história dele. [...] A gente fez essa construção da narrativa. Ele fez eu gravar um áudio [...] para mandar para a mãe, porque ele queria compartilhar a história das atividades do L. e da tia TO7. [...] fica muito concretizado nas trilhas. Eu percebo que a gente tem uma história sendo construída. Mas até então é uma história que eu observo. Eu vou coletando informações, eu vou pensando, junto com ela. Mas quando vem as trilhas, é o momento dessa história a três [terapeuta, pessoa atendida, atividades]. E validada por ele [pessoa atendida].” (TO7)

Muitas vezes esse processo de trilhas associativas acontece espontaneamente, sem um planejamento anterior. Identificar a oportunidade de abrir esse espaço de historicidade e de utilizar esta técnica exige que a terapeuta ocupacional tenha um raciocínio ágil, dinâmico e associativo que lhe permita acessar rapidamente suas memórias sobre o curso do processo terapêutico.

“Na infância, de repente, ela [a criança] te propõe uma trilha associativa. Por exemplo, eu estava entrando na casa de um paciente, olhei para um retrato e disse assim ‘olha, esse aqui era quando tu era pequeno, está vendo que tu chupava chupeta?’, e ele disse ‘é?’, eu disse ‘tu era zangado, e sabe que tu não queria largar a mamadeira?’, aí ele olhou para mim e disse assim ‘e aquela foto?’, aí eu disse ‘naquela foto você não sei o quê, não sei o quê, não sei o quê...’, aí ele dizia ‘e naquela outra?’. A gente foi montando uma trilha. A trilha na infância, ela fica muito a cargo do que o terapeuta conseguiu guardar [memorizar] daquela criança. E crianças com alterações mais ainda. A trilha na infância ela é viva, ela não é tão formal como ‘olhe seus trabalhos’. De repente ela aparece e você faz.” (TO8)

Caso clínico - exemplificando o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Encerro este capítulo trazendo um caso clínico na íntegra, pois uma das dificuldades que encontrei no processo de análise dos dados e na construção dos resultados desta pesquisa foi que as terapeutas ocupacionais experts entrevistadas falaram sobre seu raciocínio clínico quase sempre o exemplificando com casos clínicos que estavam acompanhando na prática profissional para o exemplificar o que estavam me dizendo sobre seu raciocínio clínico.

Esse caso foi narrado em uma das entrevistas pela TO2. Nele é possível identificar como essa participante aborda elementos do diagnóstico situacional e da relação triádica, utilizando os raciocínios ético-estético, associativo e dinâmico que embasam suas compreensões sobre o caso e suas decisões sobre como agir.

Tem uma paciente que atendo há muito tempo. É muito interessante, porque ela me dá algumas dicas muito preciosas de onde eu posso ou onde eu não posso ir. Desde as coisas que eu posso ou não posso falar para ela, até nas intervenções nas atividades. É uma moça que gosta de fazer atividades. Faz muitas atividades. Ela, de preferência, quer fazer sozinha. Nas poucas vezes que eu me adianto e tento ajudar, ela fala 'Espera. Quando eu precisar, eu te chamo'. Ou então ela me fala, como ela falou outro dia no telefone, 'Não, é muito bom fazer terapia com você, mas às vezes você fala muito, e eu fico com muitas coisas na cabeça depois que você me falou, e eu não consigo dar conta de tudo'. Então são dicas muito importantes, que me fazem pensar em 'Como é que eu vou intervir sem invadi-la?'. Porque pelo que eu vou entendendo, quando eu falo muito, e como ela tem uma questão de, pela própria problemática psíquica, os pensamentos das pessoas invadem o pensamento dela, as falas das pessoas, as falas das pessoas do trabalho dela, muitas vezes as pessoas tão falando 'Hoje, que bom, sexta-feira!', ela já entende que estão falando que ela não gosta de trabalhar. 'Então que bom que é sexta-feira!', estão ironizando que ela não gosta de trabalhar. Imagina, ela adora trabalhar, 'Por que eles tão falando que bom que é sexta-feira? Bom que é sexta-feira para eles. Para mim não é bom que seja sexta-feira.'. Então, as palavras entram, também os comentários entram, compondo com o pensamento dela de uma forma, uma interpretação paranóide da realidade, sem dúvidas, mas que vem ao encontro das questões dela. Então quando ela me dá essas dicas, eu sei, ela me dá parâmetros do quanto eu posso ou não posso falar. Então a minha fala, as minhas palavras com ela, tem que ser sempre muito cuidadosa. As minhas aproximações na atividade também são muito cuidadosas. Atualmente ela está fazendo um bordado, uma talagarça que ela nunca tinha feito na vida. Ela sofreu um pouquinho para continuar, mas tinha aquela coisa 'Não, não, não. Já entendi. Você já me ensinou. Mas espera. Espera que eu vou conseguir. Vou conseguir me safar disso.'. E ela vai conseguindo. Em raríssimas situações ela fala 'Não sei. Me ajuda aqui porque agora eu me perdi.'. Então, quando é feito, quando ela abre esse campo, eu posso mexer na atividade dela, pegar na mão, trazer para mim, ir do lado dela, mostrar como faz. E aí minha intervenção é bárbara, ela aceita. Mas tem essa medida, de eu não me apressar para fazer com ela. E tudo isso tem a ver com a própria problemática dela e do quanto sempre ela foi sentindo que as pessoas iam passando na frente dela, fazendo por ela, não valorizando o que ela fazia, não valorizando o que ela tinha. Então todo o trabalho aqui na terapia ocupacional com ela está permeado por isso e do quanto eu tenho que poder dar lugar para que apareça, para que ela possa descobrir os caminhos dela. Então foi muito interessante, porque ontem no atendimento ela tinha me falado isso do 'Você fala muito, eu fico confusa.'. Eu falei 'Ok, você tem razão.'. Então ontem eu, com isso muito presente, fui bem mais econômica. Porque ela pergunta, mas as perguntas são armadilhas, porque não necessariamente o que eu posso responder é aquilo que ela suporta ouvir. E às vezes são coisas muito concretas: se eu acredito ou não acredito que as pessoas estão tomando conta do pensamento dela, se as pessoas têm ou não têm o poder de intervir no funcionamento do corpo dela. [...] Por exemplo, ela está vivendo uma situação

de entrada em uma menopausa, que ela não suporta, então isso só pode estar acontecendo com ela porque as mulheres do trabalho querem o mal dela, então só pode ser elas que tão fazendo ela passar por tudo isso. Então ela tem uma teorização delirante com relação a isso, que em poucos momentos ela permite a conversa sobre isso. E tem momentos que ela fala 'Eu sei, é a idade, isso está acontecendo mesmo comigo, é natural, todas as mulheres passam.'. Mas são compreensões que duram muito pouco tempo. Mas ela pode falar isso, entendeu? Eu não posso. Não posso porque vira uma violência. Então ela vai mudando de ginecologistas para ver se algum deles fala que é possível reverter um processo da natureza. Porque ela é diferente. Então, lembrei desse caso porque é isso. Com essa mulher, eu tenho que ter sempre muito cuidado nas minhas intervenções e isso, quer dizer, é uma pessoa que eu trato há muito tempo. A relação, absolutamente triádica, totalmente estabelecida. É uma mulher que se trata pela terapia ocupacional. Que faz muitas atividades. Foi a primeira paciente que consegui, pela inteligência dela, pela capacidade dela, que conseguiu falar [...] 'A terapia ocupacional existe para juntar o meu pensar e o meu fazer.'. Lindo. Ela fala aquilo que está escrito na tese da Jô [Benetton]. 'Para isso que existe, para isso que eu me trato aqui.'. Então é alguém que se trata, mas que a relação e as minhas intervenções nas atividades, no cotidiano dela, nas questões com relação ao trabalho... Porque são essas questões que ela traz, são as questões das relações dela no trabalho, uma mulher que [...] sustenta um trabalho, ela é funcionária pública [...]. Mais alguns anos e ela consegue se aposentar. [...]. Mas ela sustenta esse monte de coisas porque tem essa sustentação aqui. E ela tem muito claro o quanto o que é vivido aqui ela carrega e leva para o trabalho, para tentar sustentar o trabalho lá, e quanto ela precisa daqui para falar e para tratar das questões do trabalho. Mas todas as minhas ações, as minhas intervenções, têm que ser sempre muito pensadas em cima de tudo isso. As dicas que ela me dá, a forma como eu vejo as dicas que ela me dá, fazendo, falando...

CAPÍTULO 9 - RACIOCÍNIO CLÍNICO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Neste capítulo caracterizo o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts no início da carreira profissional e mostro como esse raciocínio clínico mudou ao longo da carreira. Também ressalto quais fatores - e como - contribuíram e contribuem para uma ampliação do raciocínio clínico. Para isso, delineeí três categorias (QUADRO 6).

Quadro 6. Categorias delineadas para caracterizar o raciocínio clínico e o desenvolvimento profissional das terapeutas ocupacionais experts

| Categoria | Participantes que contribuíram para o delineamento (N=10) |
|--|--|
| 1. Raciocínio clínico no início da carreira | 9 |
| 2. Mudanças no raciocínio clínico ao longo da carreira | 9 |
| 3. Fatores que contribuem para a ampliação do raciocínio clínico | 9 |

Fonte: autoria própria

Categoria 1 - Raciocínio clínico no início da carreira

No início da carreira o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts era construído com foco na doença e nos déficits, problemas e dificuldades que os sujeitos-alvo apresentavam, o que fazia com que e seus pensamentos sobre como compreender o caso e sobre como agir fosse direcionado à superação de sintomas.

“[...] eu tinha um raciocínio [...] muito focado na questão da patologia, na questão do déficit, de tratar os sintomas.” (TO3)

“[...] eu ia olhar para aquilo que ele não consegue fazer. [...] ‘eu tenho que trabalhar isso e isso e isso por causa do diagnóstico dele, porque ele é autista’.” (TO6)

O raciocínio clínico dessas profissionais também era mais lentificado e fragmentado. Isso fazia com que elas precisassem discutir o caso em supervisão com mais frequência, a fim de que profissionais mais experientes as auxiliassem a decidir quais elementos eram mais importantes em cada caso.

“[...] meu raciocínio, ele era mais lentificado, ele era mais imaturo, não sei se é imaturo, mais bruto. [...] as minhas ações, elas demoravam para atingir [os objetivos]. [...] eu tinha uma lentificação maior.” (TO4)

“[...] quando eu recebia um caso novo, por exemplo, até eu ‘pegar mão’, entender o que eu ia trabalhar com aquele caso, eu ficava muito ávida por passar caso em supervisão.” (TO5)

O raciocínio clínico também era muito ligado a conteúdos teóricos, sendo que os pensamentos eram construídos em busca por aplicar aquilo que elas haviam aprendido teoricamente, como se estivessem seguindo uma receita.

“Acho que inicialmente a gente fica muito presa em uma [...] receita, de seguir o que a gente aprende.” (TO6)

Categoria 2 - Mudanças no raciocínio clínico ao longo da carreira

Ao longo da carreira o raciocínio clínico dessas terapeutas ocupacionais deixou de ser focado na doença, nos déficits e nas dificuldades que o sujeito-alvo apresentava, passando a ser focado na saúde, na construção de sentidos na vida e no cotidiano.

“[o raciocínio clínico] se aprimorou, se transformou. Partiu de [...] uma lógica saúde-doença, para uma lógica do contexto. Saiu de uma lógica cura, para uma lógica processo. Nossa, mudou muito. Saiu de uma lógica onipotência, para uma lógica humana. Saiu de um lugar centrado na medicina e nos dizeres médicos, [...] até vocabulário mesmo, para uma lógica outra. Eu não me vejo mais falando em diagnóstico clínico. [...] Não que não seja bom você ter outros conhecimentos. Mas precisa limpar um pouco o meio de campo para o raciocínio poder ser um pouco mais da Terapia Ocupacional mesmo, de pensar o sujeito, a inserção, a relação, a atividade, a saúde, as possibilidades.” (TO10)

Essa mudança de foco está relacionada principalmente à formação dessas terapeutas ocupacionais no MTOD. Esse referencial teórico-metodológico propõe que a prática profissional seja norteadada pelo diagnóstico situacional, não apenas pelo diagnóstico clínico. Além disso, o MTOD também propõe que o propósito da terapia ocupacional seja construir e ampliar os espaços de saúde e o cotidiano na vida do sujeito-alvo, buscando a inserção social, a partir de uma compreensão situada e singularizada do que é saúde para uma pessoa específica em cada contexto específico. Assim, ao longo da carreira, empregando o MTOD na prática profissional e acumulando experiências sustentadas nesse referencial, a busca pela saúde passou a nortear o raciocínio clínico dessas experts.

“Eu preciso olhar para essa criança, [...] identificar a potência dela [...] elementos, coisas que são dela e que podem se transformar em potência. [...] qual é o diagnóstico situacional dessa criança? Não tem a ver só com o diagnóstico clínico. Meu raciocínio com certeza não é mais pensando em sintoma, em diagnóstico clínico. O diagnóstico clínico faz parte de uma informação para mim, mas ele não é o que norteia meu raciocínio. Mudou muito com o Método. Utilizando o Método acho que eu enxergo de fato o sujeito. Com as suas dificuldades sim, mas com as suas potências também.” (TO7)

Ao longo da carreira o raciocínio clínico das experts também foi se tornando mais rápido, automático, fácil de fazer e intuitivo, menos ligado à teoria (às generalidades teóricas) e mais ligado à prática (ao acervo de experiências práticas e às singularidades de cada caso). As experts passaram a utilizar um raciocínio rápido, ético-estético, associativo e dinâmico que integra seus conhecimentos teóricos às singularidades de cada sujeito-alvo. O raciocínio clínico das experts evoluiu, o que ampliou também suas compreensões, as ações possíveis, o uso de técnicas e de procedimentos, e a obtenção de resultados.

“[o raciocínio clínico] vai ficando mais ágil, [...] mais fácil de fazer, é muito rápido, é intuitivo, você não fica pensando e cruzando com a teoria o tempo todo. [...] é soberana a prática, o que eu faço na prática [...] nesse sentido ele [o raciocínio clínico] veio evoluindo, porque ele vem me ajudando cada vez mais. Acho que ele já está bem dentro de mim, e que o tempo todo eu vou aprimorando no sentido de ir ampliando minhas reflexões sobre a prática, do que eu preciso fazer, de quais ações, que tipo de ações que eu tenho, [...] ele vai ampliando as minhas ações com o paciente. Amplia demais. O raciocínio abre portas para eu ter mais construções de ações, usar mais técnicas, mais procedimentos. [...] essas construções me ajudam a pensar de uma forma diferente [...] para me ajudar a [...] ter resultados.” (TO4)

“[...] não é uma coisa pensada hoje em dia [...] isso está muito intrínseco na minha vida profissional. Eu já não penso se eu estou fazendo um diagnóstico situacional e como eu faço diagnóstico situacional. Quando eu vejo já está feito. Eu não penso em como se constrói a relação triádica, para mim, ela é natural. [...] foi se tornando mais automático.” (TO5)

“[...] é difícil pensar didaticamente, porque está tão internalizado, está tão intrínseco, que a gente simplesmente faz.” (TO6)

Categoria 3 - Fatores que contribuem para a ampliação do raciocínio clínico

Os fatores que contribuíram - e que ainda contribuem - para ampliar o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts ao longo da carreira foram: as experiências profissionais e

peçoais; as formações após a graduação; a supervisão; a discussão de casos com pares; os estudos dirigidos a partir de situações da prática; e os registros escritos dos atendimentos.

“Registros clínicos, relatórios, supervisão, ajudam a exercitarmos ou a internalizarmos. [...] estudo da Terapia Ocupacional [...] esses pilares [...] nunca podem deixar de existir.” (TO6)

“São três colunas, é uma base teórica, um investimento pessoal no seu sujeito e no investimento em conhecimento. E supervisão. A supervisão sempre me acompanhou.” (TO8)

“[...] o estudo, a prática e a supervisão, elas se conversam, se misturam muito para dar uma tranquilidade para exercer a terapia ocupacional, para discutir em uma reunião clínica, em uma situação, ter dados, [...] vai te dando essa tranquilidade.” (TO9)

As **experiências profissionais** têm destaque na ampliação do raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts, contribuindo para que elas aprendam a partir da prática e construam/alimentem um acervo de referências e de parâmetros sobre como compreender situações da prática e sobre como agir.

“[...] a gente vai armazenando ao longo da experiência da clínica, da vida profissional [...] um acervo de vivências, experiências e de aplicações [...] do que você sabe com aquilo que você atua na prática. É como se isso criasse um acervo que você pode utilizar, flexibilizar, ou adaptar para aquele sujeito em particular. [...] algo que deu certo [para um sujeito] não necessariamente vai dar certo para o próximo, mas é uma referência. Como se a gente tivesse referências que podem ser utilizadas como parâmetros, não como regras.” (TO2)

“[...] eu trago para minha cabeça ações vividas com outros casos [...] alguma situação que eu já vivi, para poder me ajudar a pensar.” (TO3)

“Se eu não atendo muito, de uma forma intensa, isso não vai me ajudar nunca. Eu preciso ter casos, eu chamo ‘caso ouro’. São casos depois que você dá alta, você fala ‘apaixonante’. É apaixonante. Você lembra dele, você fala ‘aprendi demais naquele caso’. Eu aprendo muito com os casos que eu atendo.” (TO4)

As **experiências na vida pessoal** também contribuem para ampliar o raciocínio clínico das experts, permitindo a elas compreenderem melhor as situações vividas pelo sujeito-alvo, identificar vivências importantes e identificar mais possibilidades de como agir.

“[...] a própria experiência de vida também, da maturidade, acho que faz uma diferença. Minha experiência de vida como mãe, como esposa, [...] contribui no meu trabalho como terapeuta ocupacional. [...] Como a gente trabalha muito com construção de cotidiano, a gente leva muito como é o nosso cotidiano. [...] como a gente também está na vida. Hoje, com a minha experiência de vida, minha maturidade, minha idade, acho que eu [...] tenho muito mais clareza de que lazer também é importante, de eu ter um tempo para a minha família também. Isso reflete na clínica da Terapia Ocupacional.” (TO6)

“[...] tem a ver com o crescimento da gente. Você vai passando por experiências, isso vai te trazendo mais elementos. [...] tem situações que a gente vive pessoalmente, de sofrimento, fazem com que a gente possa de uma certa forma se aproximar do sofrimento do outro com outro olhar, de uma outra forma. Porque vão virando questões constitutivas nossas.” (TO2)

Entre **as formações** após a graduação, a formação no MTOD tem destaque na ampliação do raciocínio clínico das experts, como já apresentei na categoria anterior e também na *Categoria 2 - Raciocínio clínico ético-estético, associativo e dinâmico*, no capítulo 7. Contudo, outras formações, como cursos em psicopedagogia, integração sensorial, déficit de visão, neuropsicologia, e neurociências, entre outros, também contribuem para que o raciocínio clínico das experts se amplie, para que elas aprofundem suas compreensões em cada caso, tenham mais ferramentas para intervir e comuniquem melhor sua prática.

“A cada curso, a cada formação que eu faço... Eu procuro sempre investir, todo ano eu faço uma formação em alguma coisa. Esse ano, por exemplo, eu estou fazendo formação em psicopedagogia. E vou fazer no final do ano um curso sobre déficit de visão. A cada curso que eu faço, isso modifica meu raciocínio, porque ele vai me capacitando a compreender mais profundamente os fenômenos clínicos que os meus pacientes apresentam. Me ajuda a entender 'olha, nossa, por que ele está com dificuldade de fazer essa atividade?', 'é porque ele não está conseguindo olhar', ou 'é porque ele não está conseguindo ficar sentado?'. E o que eu posso usar de recursos para ajudá-lo a conseguir fazer isso, ou para compensar o que está difícil. Então, a cada curso que eu vou fazendo meu raciocínio vai se modificando. Não é estático. [...] ele vai colhendo mais elementos, [...] se ampliando.” (TO3)

“[...] cada vez mais a gente vai se deparando com a neurociência. As discussões, [...] aí eu fui sentindo uma necessidade de saber mais. O que é avaliação neuropsicológica, o que é neurociências, como é isso na Terapia Ocupacional. [...] No consultório eu também vou me deparando, começo a receber pacientes com pedidos médicos com avaliação neuropsicológica: 'Olha, estou te encaminhando um paciente que fez uma avaliação neuropsicológica e eu acho que a Terapia Ocupacional pode ajudar nisso.'. E de fato a Terapia Ocupacional pode ajudar muito nessas situações. Mas eu fui sentindo uma necessidade de me familiarizar com essa linguagem mais técnica. Não fui buscar a formação porque eu não sabia o que fazer com a situação.

[...] continuo sendo uma terapeuta ocupacional que trabalha com o Método. Mas hoje eu consigo fazer uma leitura de um relatório, de uma avaliação neuropsicológica, muito mais aprimorada e consigo discutir mais tecnicamente [...]. [...] complementa. Eu não mudei a minha trajetória. Mas me ajuda muito.” (TO6)

A **supervisão** com profissionais mais experientes é uma estratégia reflexiva amplamente incentivada ao longo da formação no MTOD e também teve destaque como uma prática que auxilia as experts a, em um momento após a prática: refletir de modo ampliado sobre suas ações ao longo do processo terapêutico; construir novas compreensões sobre o caso; pensar em ações e intervenções possíveis e/ou necessárias; integrar teoria e prática; ter um olhar de alguém que não está diretamente implicada sobre o que está em curso no processo terapêutico; conseguir acessar conteúdos implícitos que elas geralmente não conseguem acessar por estarem diretamente envolvidas no processo; conseguir distinguir com mais clareza quais processos estão indo bem e quais precisam ser redirecionados no curso da terapia; conseguir ampliar o que estão vivendo em um caso específico para outros casos que estão atendendo; e conseguir atingir resultados efetivos.

“Tem um *a posteriori* muito importante, que vai acontecendo com as supervisões principalmente, que é você poder olhar o que aconteceu e criar elementos para o próximo encontro. Por exemplo: 'Olha naquela hora talvez eu tenha sido invasiva, talvez eu pudesse ter deixado a atividade só para a pessoa e eu peguei e fiz'. [...] A supervisão me ajudou muito [...] a pensar assim, desse montante de casos que eu estou atendendo, deixa eu escolher algumas situações. Nessas situações eu vou cuidar de entender o que eu estou fazendo, como, por onde e porquê. E isso mudou meu raciocínio. [...] porque você precisa estar cuidando do que você está fazendo para o seu raciocínio também ir se transformando, se aprimorando.” (TO10)

“[...] por exemplo, esse menino que eu comecei na segunda-feira. Eu estou boiando ainda. [...] eu vivo boiando muitas vezes e [...] me instiga a querer entender mais. O boiando é todo dia. Por isso eu faço supervisão. Porque eu preciso que alguém olhe. Porque parece que tem coisa que eu não estou enxergando e não estou mesmo. Porque minha capacidade de enxergar também trava em alguns momentos. Então a supervisão eu tenho que fazer todo mês, porque se não [...] eu percebo que o caso não anda muito.” (TO3)

“Acho que [a supervisão/discussão com pares] é um lugar, ‘olha, para este caso, diante deste diagnóstico situacional, pensar intervenções da reabilitação neuropsicológica faz sentido.’, por exemplo. Acho que é um lugar onde a gente consegue juntar tudo.” (TO6)

“A supervisão ajuda. Primeiro quando você prepara. [...] faz essa leitura de novo do que está acontecendo, reescreve algumas coisas para levar na supervisão. E quando você leva, a pessoa que está ouvindo vai te trazer

algumas brechas que você não pegou na hora. Exatamente porque você está ali envolvida. Acho muito importante porque [...] eu levo algumas questões e volto com algumas questões. Algumas já mais claras de como prosseguir e outras tantas que eu não tinha percebido. É muito importante a gente poder discutir aquilo que a gente está fazendo. [...] às vezes os processos de Terapia Ocupacional são longos. Chega uma hora que parece que você vai meio que se misturando ali. A supervisão te ajuda nessa separação, e falar ‘não, olha, acho que aqui está bem, aqui não.’. Vai esclarecendo muitas questões.” (TO9)

As experts fazem supervisão com profissionais mais experientes que elas mesmas, tanto com terapeutas ocupacionais quanto com profissionais de outras categorias.

“Fiz supervisão durante todo o meu percurso. [...] com a Sonia [Ferrari], com a Jô [Benetton].” (TO6)

“[...] tem casos que eu não preciso discutir com uma terapeuta ocupacional para me ajudar a pensar. Eu discuto com o médico, com a família, com o psicólogo, para construir esse meu raciocínio, esse meu diagnóstico situacional.” (TO5)

“Faço [supervisão]. Que não é mais tão sistematizada como já foi. Mas eu faço. Interessante, eu não faço com terapeutas ocupacionais. Eu sempre fiz com psicanalistas. Porque essa posição de supervisão, aqui em [cidade da região Nordeste] eu sou a única pessoa que supervisiono terapeutas ocupacionais.” (TO8)

Além de serem supervisionadas por profissionais mais experientes, as experts também atuavam como supervisoras. Analisar casos de profissionais menos experientes também contribui para ampliar o raciocínio clínico à medida que elas refletem e buscam identificar possibilidades de como conduzir casos diversos, tendo um olhar diferente, do ponto de vista de alguém que não está diretamente implicada no processo terapêutico.

“Eu tenho a prática da supervisão, tanto de dar quanto de receber supervisão, desde sempre.” (TO5)

“Eu também dou supervisão para outras terapeutas ocupacionais, que também acho que é um jeito de eu exercitar isso do raciocínio clínico. [...] essa função de supervisora acho que desperta muito também isso, [...] construir o raciocínio clínico junto com o outro profissional que está atendendo.” (TO6)

Além de receber e dar supervisão, discutir casos com pares é outro fator que auxilia as experts a ampliarem o raciocínio clínico. Algumas das participantes deste estudo denominaram

de “intervisão” a prática de se reunirem com colegas de profissão que também utilizam o MTOD como principal referencial teórico-metodológico na prática profissional, e que tem um tempo semelhante de experiência, para discutir casos clínicos e pensarem em caminhos possíveis.

“Há uns cinco anos a gente tem um grupo que a gente nomeia como ‘Intervisão’. [...] A gente se reúne [...] a cada 15 dias para discutirmos nossos casos. [...] cada encontro uma de nós passa um caso clínico e a gente discute a partir do Método.” (TO6)

“Essa prática de discutir casos, atualmente somos um grupo de três pessoas. [...] terapeutas ocupacionais que têm a mesma experiência clínica, em termos de tempo, de formação. [...] A cada quinzena uma de nós passa um caso, discute, e a gente pensa juntas nos caminhos.” (TO5)

“[...] a gente tem um grupo de estudos em Terapia Ocupacional e é um grupo pequeno que tem muita intimidade. [...] hoje eu tenho uma supervisão mais horizontalizada.” (TO8)

“Eu tenho amigas terapeutas ocupacionais formadas no Método e a gente sempre faz, não em um formato tão contratado, mas em um formato que acontece. ‘Olha, estou com um caso assim, vamos conversar’. Atualmente eu [...] faço intervenção dos casos.” (TO10)

Outro fator que contribui para que as experts ampliem seu raciocínio clínico é o **estudo teórico** a partir de situações da prática. Manterem-se atualizadas sobre as produções teóricas da Terapia Ocupacional faz com que elas aprofundem suas reflexões sobre a prática que estão vivendo.

“A formação formal é fundamental. Mas acho que [...] uma formação que muitas vezes não passa só pela aula em si, não só uma educação formal, mas uma dedicação de você ler, se manter atualizada.” (TO5)

“Acho que o estudo constante da Terapia Ocupacional ajuda na construção e no uso do raciocínio clínico. [...] Acho que [a discussão de casos com pares] também é um espaço onde muitas vezes ‘olha isso que está acontecendo, talvez a gente possa fazer uma leitura’. A gente faz isso constantemente. Uma leitura de um texto, de um artigo [...]. A gente vai revisitando a teoria a partir das situações clínicas. Acho que é um espaço onde a gente consegue exercitar isso de uma forma mais didática, diferente de quando você está atendendo. Essa reflexão após a situação em si.” (TO6)

“[...] o estudo, o fato de eu nunca ter parado de estudar, [...] ler coisas de Terapia Ocupacional, sempre ir tentando me atualizar. Acho que isso contribui para a maneira como eu vou me colocando nas situações, vou fazendo.” (TO6)

Os registros escritos dos atendimentos também é uma prática que as terapeutas ocupacionais experts utilizam para refletir sobre a prática que estão desenvolvendo, ter uma visão ampliada do processo terapêutico e refletir sobre suas ações, aprofundando o raciocínio clínico utilizado e contribuindo para que elas decidam como conduzir o processo.

“[...] quando você escreve ou quando você para e pensa sobre o que aconteceu naquele atendimento, e faz algum registro e alguma observação, isso também ajuda a construção do raciocínio clínico. E você construindo o raciocínio clínico, também te ajuda nas próximas intervenções.” (TO6)

“Eu faço [registros] escritos [dos atendimentos]. [...] Como quase todo mês meus pacientes vão ao médico, e eu mando relatório, então sempre tem um registro das coisas. [...] Agora eu inventei esse caderno que eu escrevo o nome do menino [...] escrevo assim ‘dia tal [...] aprendeu xixi noturno, já está com leite da nutricionista, está usando máscara.’ Esses elementos me detonam, eu tenho uma memória ótima, se eu tiver que falar dele nessas circunstâncias, [esses registros escritos] me levanta. Eu coloco as coisas que são específicas do que eu acho que a terapia ocupacional tem que ter competência. Porque faz a diferença.” (TO8)

“[...] eu anoto, [...] isso é uma coisa que me ajuda muito [...] meus apontamentos. Às vezes eu não faço [...] um relatório, mas eu sempre coloco algumas coisas daquele atendimento. Isso vai me dando um fio condutor. Aí quando eu paro, vou pensar [...], isso vai dando esse alinhavo. É uma estratégia que eu acabo utilizando, fazer essas pontuações nas pastas dos pacientes para poder em algum momento dar essa parada. [...] É bem interessante isso, de você ir fazendo esses recortes, essas anotações. Isso vai dando uma possibilidade de entender o todo. Acho que isso é uma coisa importante, porque quando a gente está ali na ação, é uma parte. Quando a gente sai, a gente consegue ir fazendo essa leitura maior.” (TO9)

CAPÍTULO 10 - INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS: UMA TEORIA FUNDAMENTADA SOBRE O RACIOCÍNIO CLÍNICO DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EXPERTS QUE UTILIZAM O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

Minha proposta neste capítulo é integrar os resultados apresentados nos capítulos anteriores, respondendo à questão de pesquisa “*Como se caracteriza o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que fundamentam a prática profissional no Método Terapia Ocupacional Dinâmica?*”. Proponho, então, uma teoria fundamentada sobre o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts participantes.

É importante ressaltar que a teoria que emerge de uma pesquisa conduzida com base na TFD construtivista busca: construir uma compreensão teórica abstrata do fenômeno estudado; revelar padrões, conexões e a natureza dinâmica e processual do fenômeno estudado; conceituar o fenômeno estudado para entendê-lo em termos abstratos; reconhecer a subjetividade do pesquisador e dos participantes na teorização e, em consequência, o papel da negociação, do diálogo e do entendimento; oferecer uma interpretação imaginativa provisória, que não busca reduzir o fenômeno estudado ou encerrar as explicações sobre ele, mas sim propor explicações provisórias, permitindo a indeterminação sem buscar a causalidade (CHARMAZ, 2014).

Assim, construindo uma teoria fundamentada sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD, minha busca é por iniciar uma compreensão teórica interpretativa sobre este conceito específico neste referencial teórico-metodológico específico e a partir dos relatos das participantes, destacando o que eu mesma, enquanto pesquisadora, fui capaz de apreender sobre o que elas disseram. Minha intenção não é compreender e demonstrar absolutamente todas as nuances e sutilezas do raciocínio clínico de profissionais que utilizam o MTOD, visto que estou tratando de assuntos bastante complexos: o raciocínio clínico enquanto um fenômeno intrínseco à prática que pode ser analisado sob diversas facetas; o MTOD enquanto um referencial que vem sendo construído e colocado à prova, empiricamente, por mais de 50 anos; o modo individual e subjetivo que cada profissional utiliza esse referencial e pensa sobre ele. Meu anseio é, ao invés de encerrar explicações, delinear uma compreensão teórica provisória que seja útil para aprofundar as reflexões sobre este fenômeno entre as profissionais, facilitar o ensino-aprendizagem e embasar e impulsionar pesquisas futuras.

Uma teoria fundamentada sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica

O MTOD é um referencial teórico-metodológico brasileiro que vem sendo construído por Jô Benetton, em parceria com Sonia Ferrari, desde a década de 1970, a partir de inquietações com a prática, estudos, reflexões e experimentações empíricas, a fim de propor uma estrutura para o pensar-fazer de terapeutas ocupacionais. Ao longo da construção do MTOD foi sendo proposto um modo de pensar que se afasta do que é moral, pré-estabelecido, protocolar e exclusivamente teórico; e que se fundamenta na ética-estética, no que é situacional e singular.

As terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD têm habilidades que as permite construir com maestria um raciocínio clínico que integra seus conhecimentos teórico-metodológicos às incertezas e aos dilemas que vão surgindo ao longo da prática. O raciocínio clínico dessas experts é composto por seus conhecimentos teóricos, técnicos e metodológicos, por suas experiências profissionais anteriores, por suas experiências pessoais, e pelo que elas sabem sobre o sujeito-alvo. Construir esse raciocínio clínico é o que as auxilia a organizar o caminho do processo terapêutico, organizar informações, construir compreensões, identificar prioridades, decidir como agir e alcançar resultados/objetivos efetivos a partir da singularidade e da situacionalidade de cada caso.

O raciocínio clínico dessas experts é completamente sustentado no referencial teórico-metodológico que elas utilizam, o MTOD. Isso significa que essas profissionais empregam, na prática, todo o arcabouço teórico e metodológico proposto no MTOD a fim de estruturar um modo específico de pensar:

- que estrutura o processo terapêutico de acordo com um caminho dinâmico proposto no MTOD, composto pelos processos: construção do diagnóstico situacional; estabelecimento e manejo da relação triádica; avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas;
- que vai incorporando conceitos propostos e definidos no MTOD, tais como: quarto-termo, recursos, função terapêutica e ação educativa, entre outros que se fizerem necessários a partir da necessidade de cada sujeito-alvo;
- que busca atingir resultados e objetivos concretos, de acordo com o que o MTOD propõe: ampliar os espaços de saúde e o cotidiano, promovendo participação e inserção social na vida dos sujeitos-alvo.

O raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD foi mudando ao longo da carreira profissional, conforme elas foram adquirindo expertise:

- deixando de ser focado na doença, nos déficits, nos problemas e nas dificuldades do sujeito-alvo; tornando-se mais focado na saúde e na construção de sentidos na vida e no cotidiano;
- deixando de ser lentificado e fragmentado; tornando-se mais rápido, automático, fácil de fazer e intuitivo;
- deixando de ser tão ligado à aplicação de conteúdos teóricos (como uma “receita”), tornando-se mais ligado à prática, à singularidade e à situacionalidade de cada caso acompanhado.

Os fatores que contribuíram (e que no momento da pesquisa ainda contribuíam) para essas mudanças no raciocínio clínico foram: suas experiências profissionais e pessoais; suas formações após a graduação - tendo lugar de destaque a formação no MTOD; fazer supervisão com profissionais mais experientes que elas mesmas; supervisionar profissionais menos experientes; discutir os casos que estavam acompanhando com pares; fazer estudos teóricos dirigidos, a partir de situações da prática; e fazer registros escritos dos atendimentos.

As experts que utilizam o MTOD empregam, ao longo de toda a prática profissional, três tipos de raciocínio: ético-estético, associativo e dinâmico, que podem ser descritos como:

Raciocínio ético-estético

- Bastante particular para cada caso que está sendo acompanhado;
- afasta-se de “ideias prontas”, de pré-julgamentos, de pré-conceitos e do que é exclusivamente teórico;
- aproxima-se do que é singular, individual e situacional para cada sujeito-alvo;
- contribui para que as experts estabeleçam com o sujeito-alvo uma relação de corresponsabilidade, incentivando que esse sujeito seja protagonista nas decisões sobre quais rumos seguir, tanto no processo terapêutico quanto na vida;
- contempla *conteúdos* sobre os quais as terapeutas ocupacionais experts pensam (*o que elas pensam*).

Raciocínio associativo

- No qual as experts associam: seus conhecimentos teóricos, técnicos e metodológicos; suas experiências profissionais e pessoais anteriores; suas observações sobre o sujeito-alvo; as informações sobre o caso; os acontecimentos ao longo do processo terapêutico; e quais sensações corporificadas esses acontecimentos lhe despertaram;
- construído a partir tanto de dados objetivos (provenientes do pensamento e da cognição, como conteúdos teóricos, observação e escuta) quanto de dados subjetivos (provenientes do sentir, dos afetos, da intuição e de sensações corporificadas), que vão surgindo ao longo do processo terapêutico conforme a relação triádica (entre sujeito-alvo, terapeuta ocupacional e atividades) vai se estabelecendo e sendo manejada;
- afasta-se de interpretações gerais (de compreensões pautadas exclusivamente em conteúdos teóricos) à medida que está permeado pela ética-estética (pela singularidade e pela situacionalidade de cada sujeito-alvo);
- construído a partir do que é vivido na singularidade de cada processo terapêutico - principalmente da singularidade de cada relação triádica;
- tem uma dimensão temporal, à medida que valoriza o que é vivido na relação triádica para qualquer possibilidade de prospecção futura, já que as experts constroem esse raciocínio associativo considerando a história de vida do sujeito-alvo, mas, principalmente, os diferentes momentos da história que está sendo vivida *no* processo terapêutico - o que aconteceu antes, o que está acontecendo no momento e onde se vislumbra (uma visão prospectiva) que esse sujeito pode chegar;
- contempla *conteúdos* sobre os quais as terapeutas ocupacionais pensam (*o que elas pensam*).

Raciocínio dinâmico

- Utilizado na medida em que as experts vão construindo compreensões e decidindo como agir, de modo fluido, flexível, singular e não protocolar, encadeando em seu pensamento todo o aparato teórico-metodológico do MTOD:
 - construindo uma prática que percorre o caminho dinâmico proposto no MTOD, composto pelos processos: construção do diagnóstico situacional; estabelecimento e manejo da relação triádica; avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas;
 - incorporando ao raciocínio clínico e à prática conceitos teóricos propostos e definidos no MTOD, que se fizerem necessários a partir das necessidades

específicas de cada sujeito-alvo e em cada momento vivido no processo terapêutico;

- buscando atingir propósitos/resultados, de acordo com o que o MTOD propõe.
- contempla a *estrutura* do pensamento que as terapeutas ocupacionais utilizam (*como elas pensam*).

Voltando-se especificamente para a *estrutura dinâmica* do raciocínio clínico dessas experts (*como elas pensam*), conforme os processos que compõem o caminho dinâmico do MTOD vão sendo percorridos (construção do diagnóstico situacional; estabelecimento e manejo da relação triádica; avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas), vão surgindo também especificidades próprias do modo de pensar em cada um desses processos:

Construção do diagnóstico situacional

- É o que embasa o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts, auxiliando-as a construir compreensões sobre o caso e decidir como agir;
- é construído por meio de um pensamento investigativo que busca localizar os problemas e/ou dificuldades do sujeito-alvo em sua ampla história de vida, considerando particularidades de seu fazer e se relacionar, conectando essas particularidades à situação vivida no momento em que ele está sendo acompanhado;
- é composto por um banco de informações sobre o sujeito-alvo, suas particularidades, necessidades, desejos e a situação em andamento no tempo e espaço específicos que estão vivenciando.
- para sua construção, dois processos se destacam:
 - a coleta de informações: provenientes de fontes diversas, tais como relatos do sujeito-alvo, dados de testes e de protocolos, relatos de pessoas significativas na vida do sujeito-alvo e de outros profissionais que acompanham o caso, entre outras fontes relevantes e disponíveis em cada caso;
 - a observação: sistemática, apurada e cuidadosa, por meio da qual elas identificam, em contextos diversos da vida, como o sujeito-alvo está, o que ele faz, como faz, como se relaciona com objetos, com a própria terapeuta e com outras pessoas. Essas observações vão se transformando em informações que são somadas a outros dados

- é composto por dados que passam pela cognição, dos quais as experts estão racionalmente conscientes e são capazes de explicitar/colocar em palavras com mais rapidez e facilidade; e por dados corporificados, provenientes dos afetos, do sentir e da intuição;
- não é fixo ou definitivo, mas vai sendo formulado/reformulado/reeditado processualmente ao longo dos atendimentos, conforme novos dados vão surgindo e a história do processo terapêutico vai se desenrolando.

Estabelecimento e manejo da relação triádica

- Observar, vivenciar e analisar os movimentos dinâmicos da relação triádica (entre terapeuta, sujeito-alvo e atividades), associando essas análises ao diagnóstico situacional, permite às experts aprofundar suas compreensões sobre o caso e decidir como agir;
- as ações de manejo da relação triádica, no momento em que essa relação está acontecendo, são decididas muito rapidamente, caracterizando um pensamento na ação, no qual que é corporificado, sentido e intuído se sobrepõe ao que é racionalizado ou puramente cognitivo.

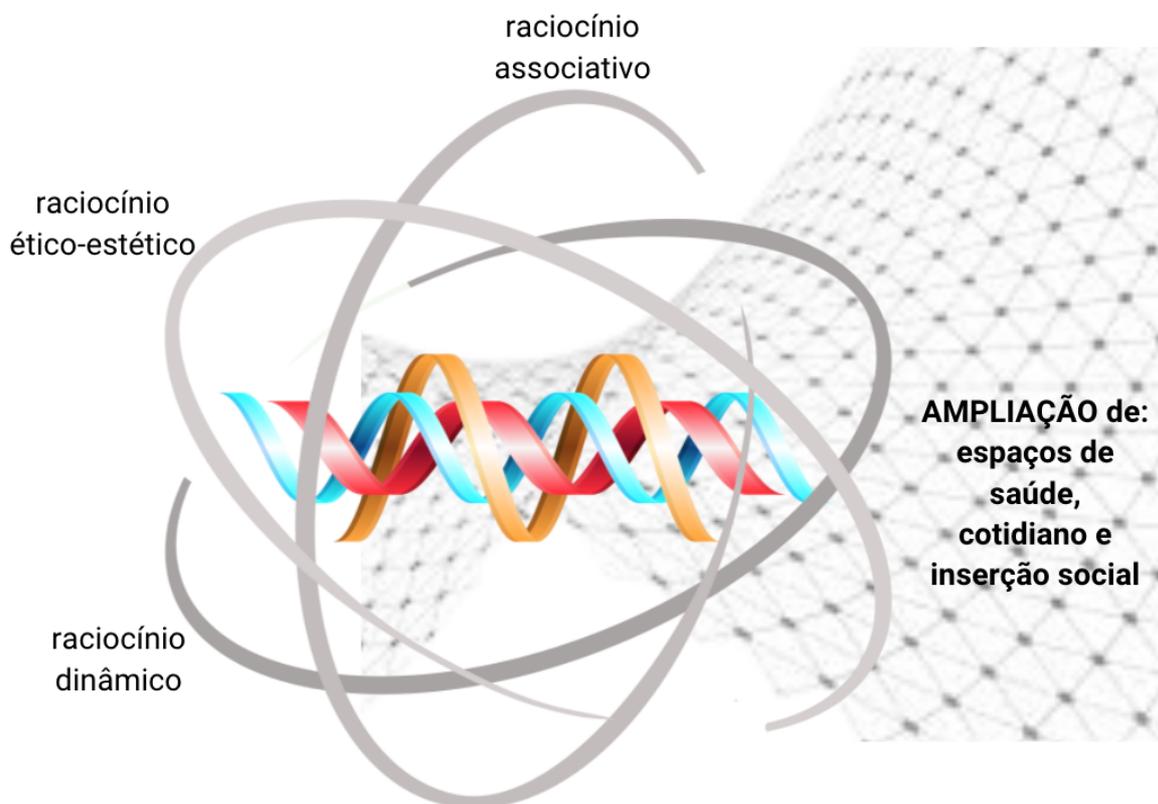
Avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas

- Refere-se à construção de pensamentos sobre o que tem sido significativo ao longo do processo terapêutico;
- essa construção de sentidos – de pensamentos referentes ao que o que tem sido significativo – é *dialógica* devido às experts não formularem o que é “significativo” sozinhas, mas em parceria com o sujeito-alvo, principalmente por meio da técnica trilhas associativas;
- exige que as experts tenham um raciocínio ágil, dinâmico e associativo que lhes permita acessar rapidamente suas memórias sobre o curso do processo terapêutico, exigindo, então, uma memória associativa.

Na Figura 3 esquematizo em imagem minhas compreensões sobre o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD como principal referencial teórico metodológico na prática profissional. Nesta figura, a proposta é apresentar três aros em movimento, que representam os raciocínios ético-estético, associativo e dinâmico, circundando uma imagem central, composta por três faixas entrelaçadas que representam os processos:

construção do diagnóstico situacional; estabelecimento e manejo da relação triádica; e avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas. A “rede” em cinza indica que o raciocínio clínico das experts é construído sempre em busca por atingir os objetivos/propósitos do MTOD: ampliar espaços de saúde e cotidiano, bem como promover participação e inserção social.

Figura 3. Representação do raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica



- construção do diagnóstico situacional
- estabelecimento e manejo dos movimentos dinâmicos da relação triádica
- avaliação dialógica do processo terapêutico/ trilhas associativas

Fonte: autoria própria

PARTE 4 - DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E PESQUISAS FUTURAS

A quarta parte desta tese, é composta pelos capítulos de 11 a 13. No capítulo 11, intitulado *Discussão*, comparo e contraste meus resultados com a literatura já existente sobre raciocínio clínico, principalmente em Terapia Ocupacional, mas também de outras profissões da área da saúde e, em menor parte, de outras disciplinas. Para isso, conduzi o que Thornberg e Dunne (2019) nomeiam como “revisão final da literatura”, terceira fase da revisão de literatura de uma TFD construtivista, que ocorre no final do estudo, à medida que o pesquisador busca contextualizar a teoria fundamentada construída em relação às ideias teóricas já estabelecidas sobre o tópico pesquisado. Esta revisão é crucial em termos de localizar o estudo dentro das (ou entre as) disciplinas; é um passo vital para demonstrar a capacidade do pesquisador de situar a teoria fundamentada construída nas ideias e proposições teóricas existentes, bem como destacar sua contribuição para o campo (THORNBERG; DUNNE, 2019).

No capítulo 12, intitulado *Considerações finais* aponto, resumidamente, no que este estudo adicionou ao campo da Terapia Ocupacional. Já no capítulo 13, intitulado *Limitações/desafios e pesquisas futuras*, identifico algumas limitações e desafios deste estudo e aponto algumas direções possíveis para futuras investigações que este estudo demonstrou serem relevantes para ampliar as compreensões sobre o raciocínio clínico em Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO 11 - DISCUSSÃO

Neste capítulo, discuto os resultados desta pesquisa com a literatura em Terapia Ocupacional e em outras disciplinas, a fim de identificar semelhanças e diferenças, aprofundando os diálogos sobre os tópicos investigados.

Raciocínio clínico no Método Terapia Ocupacional Dinâmica: um conceito em busca de um novo lugar

Um dos resultados deste estudo foi que até o momento desta pesquisa o termo “raciocínio clínico” não fazia parte do aparato teórico-metodológico do MTOD. Porém, com exceção de Jô Benetton e de Sonia Ferrari, as quais questionaram/tensionaram o uso desse termo para descrever o modo de pensar das terapeutas ocupacionais que utilizam o MTOD, as demais participantes, quando solicitadas a descrever o que é e como é seu raciocínio clínico, não estranharam nem questionaram o uso desse termo. O conceito de raciocínio clínico tem sido ampla e mundialmente utilizado para nomear os modos de pensar tanto de profissionais da área da saúde de modo geral (HIGGS et al., 2019) quanto especificamente de terapeutas ocupacionais (FISH; BONIFACE; 2012; SCHELL; SCHELL, 2018; ROBERTSON; GRIFFITHS, 2012). Diante disso, ressalto ser possível que a compreensão teórica resultante desta pesquisa contribua para enriquecer ainda mais o aparato do MTOD, que, segundo Benetton (2010), está em constante construção, reformulação e ampliação.

Além disso, como já apresentado no capítulo 2, Marcolino (2012; 2014) já havia tecido discussões sobre como o MTOD pode contribuir na construção do raciocínio clínico, tecendo relações com a literatura internacional sobre o tema e caracterizando quatro tipos de raciocínio: diagnóstico situacional, procedimental, associativo e ético-estético. Os diálogos dessa autora com a literatura internacional abriram caminhos para esta pesquisa, mas partiram de dados de pesquisas com terapeutas ocupacionais iniciantes (que almejam atuar segundo os pressupostos do MTOD) e com apenas com uma terapeuta ocupacional expert (cujo foco do estudo foi a dimensão pedagógica presente nas intervenções). Assim, esta tese avança nas proposições de Marcolino (2012; 2014) ao se afastar da nomenclatura já existente na literatura sobre o tema, favorecendo a investigação do raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD sob uma nova perspectiva, e ao se basear em dados coletados com profissionais experts que utilizam com maestria este referencial. Os resultados desta tese permitem estabelecer semelhanças, diferenças e avanços no diálogo com as proposições de Marcolino (2012; 2014).

Raciocínios ético-estético e associativo

Ao encontro do que Marcolino (2012; 2014) apresenta, os dados permitiram delinear os tipos de raciocínio ético-estético e associativo. Essa autora já havia caracterizado o raciocínio ético-estético como um modo de pensar construído na singularidade e situacionalidade de cada caso, afastando-se de padrões coletivos de normatividade, pautado em uma estética singularizada e nomeada dentro da relação, nas diferentes qualificações, no que adquire caráter de beleza, funcionalidade, no que é produzido e considerado útil pelo sujeito. Esses achados se confirmaram nos resultados desta tese.

Marcolino (2012; 2014) já havia caracterizado o raciocínio associativo como baseado em um tempo narrativo, não cronológico e causal, que exige que terapeutas ocupacionais memorizem informações para, por meio da análise das atividades (trilhas associativas), avaliar o processo terapêutico em parceria com o sujeito-alvo, favorecendo a construção de narrativas, sentidos e significados sobre o processo terapêutico. Essas características também surgiram nos resultados deste estudo. Avançando nas proposições dessa autora, também foi possível identificar que o raciocínio associativo é construído não apenas a partir de dados racionais ou cognitivos, mas também a partir de dados corporificados, de elementos do sentir, do afeto e da intuição.

Os resultados desta tese também avançam nas proposições de Marcolino (2012; 2014) ao salientar que os raciocínios ético-estético e associativo estão presentes ao longo de toda intervenção.

Raciocínios diagnóstico situacional e procedimental

Distanciando-se do que Marcolino (2012; 2014) apresenta, os resultados deste estudo não permitiram caracterizar os raciocínios diagnóstico situacional e procedimental como tipos específicos de raciocínio empregados pelas terapeutas experts que utilizam o MTOD na prática profissional. Embora haja diversas semelhanças entre as descrições dessa autora sobre esses tipos de raciocínio e os resultados apresentados na *Categoria 3 - O Método Terapia Ocupacional Dinâmica sustentando o raciocínio clínico*, é possível avançar nas proposições de Marcolino (2012; 2014).

Diferente do que essa autora aponta, nesta pesquisa o diagnóstico situacional aparece como um dos processos do MTOD sobre o qual as experts pensam dinamicamente - que compõe o que nomeei como raciocínio dinâmico. Foi possível identificar que, empregando um raciocínio dinâmico, a construção do processo “diagnóstico situacional” é o que embasa todo o raciocínio clínico das experts, ou seja, é a partir dele que elas constroem compreensões e

decidem como agir. Para sua construção, as experts empregam um pensamento investigativo no qual dois processos se destacam: a observação e a coleta de informações. Além disso, essa pesquisa também avança nas proposições de Marcolino (2012; 2014) ao identificar que os dados que compõem o diagnóstico situacional não são apenas os racionais ou cognitivos, mas também dados corporificados, provenientes dos afetos, do sentir e da intuição.

Marcolino (2012; 2014) caracteriza o raciocínio procedimental como aquele que guia os procedimentos para o manejo da relação triádica, que se distancia dos pensamentos exclusivamente centrados na identificação de procedimentos para o cuidado de déficits e de problemas ocupacionais. Segundo essa autora, o raciocínio procedimental inclui também uma dimensão interativa, não somente para fomentar a colaboração dos clientes, mas como um pensamento que sustenta o manejo relacional entre os três termos da relação triádica, em busca de uma transferência positiva. Avançando nas proposições dessa autora, o que ela nomeou de raciocínio procedimental, amparando-se na literatura internacional sobre o tema, nesta pesquisa nomeio de “decisões sobre como agir”, mas não se constitui como um tipo específico de raciocínio. Ao invés disso, os resultados desta tese mostram que as decisões sobre como agir se propagam pelos raciocínios ético-estético, associativo e dinâmico.

Referenciais teórico-metodológicos e raciocínio clínico

Outro achado deste estudo foi que o referencial teórico-metodológico que as participantes utilizam, o *Método* Terapia Ocupacional Dinâmica, molda completamente a construção do raciocínio clínico dessas profissionais. Na Terapia Ocupacional é mais usual que os referenciais teórico-metodológicos que sustentam a prática e o raciocínio clínico sejam organizados em *modelos*. Cruz (2018) e Fish e Boniface (2012) caracterizam modelos como estruturas que ajudam a simplificar a complexidade da prática, oferecendo uma estrutura que permite uma fácil aplicação dos constructos teóricos.

Estudos têm investigado e caracterizado como o uso de modelos teóricos de prática sustentam o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais (BONIFACE; SEYMOUR, 2012; HELFRICH; KIELHOFNER, 1994; IKIUGU; PLASTOW; NIEKERK, 2019). No livro intitulado “*Using Occupational Therapy Theory in Practice*”, Boniface e Seymour (2012), descrevem como diversos modelos de prática são utilizados na prática de terapeutas ocupacionais e fundamentam o raciocínio clínico, tais como os tradicionais Modelo da Ocupação Humana e Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento. Helfrich e Kielhofner (1994), com base no Modelo da Ocupação Humana, investigaram terapeutas ocupacionais e clientes no campo da saúde mental, desvelando tensionamentos e

dificuldades no uso de conceitos teóricos na prática, mostrando que o conceito de volição, que deveria ser extremamente centrado no cliente, mostrou-se discrepante na compreensão de terapeutas ocupacionais e clientes. Já Ikiugu, Plastow e Niekerk (2019) pesquisaram como a aplicação do que eles denominam “*eclectic framework*” (uso combinado de diversos modelos de prática, sendo um organizativo e outros complementares) impactou o raciocínio de terapeutas ocupacionais. Esses autores identificaram que terapeutas ocupacionais que participaram de um workshop sobre o “*eclectic framework*” aprimoraram sua capacidade de escolher um modelo principal para organizar a prática combinado à modelos complementares ao abordar os problemas de desempenho ocupacional do cliente.

Fish e Boniface (2012) e Thompson (2012), argumentam haver riscos na aplicabilidade de modelos pois, embora eles contribuam para organizar vários aspectos da prática e selecionar informações relevantes para oferecer explicações, eles podem também limitar ou restringir o que será observado, deixando de fora informações relevantes de uma situação, simplificando complexidades. É importante ressaltar que terapeutas ocupacionais têm o desafio de *cuidar da pessoa como um todo*, conceito complexo que demanda múltiplas compreensões e formas de organizar pensamento e ação (FLEMING; MATTINGLY 1994).

Na tentativa de superar limitações dos modelos de prática utilizados por terapeutas ocupacionais, considerando que o emprego de apenas um modelo pode não ser suficiente para abarcar todas as particularidades de cada caso ou de cada sujeito-alvo/cliente/paciente, alguns estudos têm proposto *guidelines* ou *frameworks* para guiar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais, propondo a combinação de teorias, modelos e abordagens (IKIUGU; PLASTOW; NIEKERK, 2019; YANCOSEK; HOWELL, 2010; MATTHEWS et al., 2017). Outros estudos têm proposto *guidelines* ou *frameworks* para guiar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais com base em dados/resultados da prática (FALLER et al., 2016; SCHAAF, 2015), ou ainda com base nas peculiaridades de cada contexto de prática, como no ensino de técnicas de transferência para adultos no contexto comunitário (CARRIER et al., 2012) ou no contexto de modificações domésticas (STARK et al., 2015).

Pesquisas voltadas para discutir o uso de referenciais teóricos sustentando o raciocínio clínico (IKIUGU; PLASTOW; NIEKERK, 2019; MATTHEWS et al., 2017; YANCOSEK; HOWELL, 2010) confirmam o achado desta tese, de que se apoiar em referenciais teórico-metodológicos específicos auxilia terapeutas ocupacionais a fundamentarem e construírem um raciocínio clínico mais estruturado e que contempla diversos aspectos relevantes à prática. Entretanto, diversos estudos (IKIUGU; PLASTOW; NIEKERK, 2019; MATTHEWS et al., 2017; YANCOSEK; HOWELL, 2010) sobre este tema são proposições teóricas ainda não

amplamente testadas na prática, ou seja, com pouco empirismo. Nesse sentido, embora o raciocínio clínico das experts participantes deste estudo seja construído com base nos conceitos instrumentais/operacionais propostos no referencial do MTOD, em um *como fazer na prática*, os resultados aqui apresentados se distanciam do que Fish e Boniface (2012) indicam como modelos de prática operacionais, que se caracterizam por sua rigidez procedimental.

Nesta pesquisa foi possível identificar que, ao invés de simplificar as complexidades da prática por meio de esquemas conceituais, como nos *modelos* de prática, o que o *Método* Terapia Ocupacional Dinâmica fornece é uma estrutura conceitual, teórica e metodológica para pensar e agir na prática, de modo situado, dinâmico e *aberto*, permitindo incluir diversos elementos que se fizerem necessários para o cuidado em terapia ocupacional. As participantes salientaram que, embora o MTOD seja o referencial que sustenta seu raciocínio clínico, elas também utilizam na prática outras teorias ou técnicas – tais como comunicação alternativa e estimulação sensorial – como *recursos*, ou seja, que podem ou não ser utilizados, a depender da necessidade de cada sujeito-alvo. Os processos e conceitos instrumentais/operacionais do MTOD, que sustentam o raciocínio clínico das experts participantes desta pesquisa, estão assentados na vida real, no que é possível apreender das situacionalidades da vida do sujeito-alvo e o que é necessário, tecnológica ou teoricamente (*recursos*), para oferta de um cuidado em direção à ampliação da participação das pessoas na vida social.

Assim, este estudo avança na compreensão de como o *método* de prática construído no Brasil sustenta o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts, mostrando tanto a maneira como essas profissionais pensam quanto o conteúdo de seus pensamentos ao longo da prática. Acerca da construção de teorias para sustentar a prática em Terapia Ocupacional, Fish e Boniface (2012) discutem que ela pode acontecer de duas formas: a) por acadêmicos, como uma forma de iluminar a prática para que profissionais possam ter elementos para refletir sobre os acontecimentos; b) a partir das observações de múltiplas práticas, de modo a construir generalizações. A construção do MTOD se aproxima do segundo modo (b) proposto por Fish e Boniface (2012), já que tem sido fundamentada em uma epistemologia que coloca a prática como objeto de estudo (teoria da técnica) e, desse modo, "almeja a construção de conceitos instrumentais, cuja representação mental permita reflexão e, conseqüentemente, a ação prática." (MARCOLINO et al., 2021). Na literatura da área, não foi encontrado nada similar à construção empírica do MTOD, descrita no capítulo 7.

Por meio da investigação do raciocínio clínico, foi possível confirmar a efetividade do MTOD em sua proposta de, enquanto um *método* "regido pela singularidade do seu emprego em diferentes situações profissionais" (BENETTON; MARCOLINO, 2013, p. 646), propor um

aparato teórico e metodológico utilizando processos e conceitos capazes de estruturar a prática em terapia ocupacional e de sustentar o raciocínio clínico. As participantes descreveram seu raciocínio clínico usando uma linguagem fundamentada no aparato teórico-metodológico do MTOD, mostrando como integram teoria e prática por meio do raciocínio clínico.

O que é raciocínio clínico

As experts participantes deste estudo descreveram raciocínio clínico como um processo de pensamento utilizado antes, durante e após os atendimentos para organizar o caminho a ser seguido, organizar informações, construir compreensões, identificar prioridades e decidir como agir, buscando alcançar resultados; que envolve cognição, intuição, afetos e sensações corporificadas. Essa descrição se aproxima das descrições e definições de raciocínio clínico da área. Um “processo usado pelos profissionais para planejar, direcionar, executar e refletir sobre o atendimento ao cliente” (SCHELL, 2014, p. 384); um “modo de pensar amplamente tácito, altamente imagético e profundamente fenomenológico.” (MATTINGLY, 1991, p. 979); ou ainda um

“[...] estilo de pensamento não-linear e recursivo que envolve coletar e analisar informações do cliente e decidir sobre ações terapêuticas específicas às circunstâncias e desejos do cliente, combinando estratégias cognitivas e metacognitivas (análise, resolução de problemas e avaliação) com intuição pré-cognitiva.” (CHAPPARO; RANKA, 2019, p. 610)

O que compõe o raciocínio clínico

Contrastando o que compõe o raciocínio clínico das participantes deste estudo com a literatura, foi possível encontrar semelhanças e diferenças. As experts afirmaram que seu raciocínio clínico é composto por conhecimentos teóricos, técnicos e metodológicos somados às suas experiências profissionais anteriores, às suas experiências pessoais e ao que elas sabem sobre o sujeito-alvo. Isso vai ao encontro do proposto por Higgs et al. (2019), de que o raciocínio clínico é composto tanto por conhecimentos proposicionais (derivados da teoria e da pesquisa) quanto conhecimentos não proposicionais (derivados da experiência profissional e pessoal) (HIGGS et al., 2019).

Evidências científicas

No estudo de revisão mais recente sobre o tema, Maruyama et al. (2021) analisaram 30 artigos e identificaram que o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais é composto por

processos de pensamento orientados tanto por evidências científicas quanto pelas narrativas dos clientes. Segundo esses autores, os *processos de pensamento orientados por evidências científicas* são utilizados para apoiar a definição, análise e resolução de problemas na prática, incluindo um processo lógico de formulação de hipóteses e testes, facilitando a coleta e interpretação sistemática de informações e a seleção da melhor intervenção para resolver os problemas de desempenho dos clientes. Similarmente, as experts participantes utilizam evidências científicas para definir, analisar e resolver problemas na prática, porém, não constantemente, mas apenas quando a situação do sujeito-alvo demanda tais conhecimentos, como “recursos” (conceito proposto e definido no MTOD), que podem ser utilizados ou abandonados, conforme as necessidades (singularidade e situacionalidade) dos sujeitos-alvo, e não para “dirigir” o curso da prática por meio da formulação de hipóteses.

Maruyama et al. (2021) ainda enfatizam que os processos de pensamento orientados por evidências científicas refletem o “paradigma científico da profissão”. Acerca disso, Marcolino e Kinsella (2021) enfatizam que há fragilidades conceituais sobre o que é considerado “conhecimento científico” no raciocínio clínico em terapia ocupacional, já que para a produção de conhecimento científico, todas as múltiplas evidências disponíveis precisam ser consideradas, não apenas aquelas produzidas por pesquisas científicas. Na literatura, o que é ressaltado como “paradigma científico” se refere às evidências decorrentes de pesquisas acadêmicas, principalmente aquelas de natureza biomédica, apartando os saberes situacionais (FLEMING; MATTINGLY, 1994). Ao encontro disso, as profissionais experts que utilizam o MTOD incluem evidências científicas decorrentes de pesquisas científicas quando são chamadas situacionalmente, mas também buscam considerar todas as evidências disponíveis na situação (sociais, relacionais, contextuais) para pensar e agir, demonstrando que seu raciocínio clínico se pauta pelo empirismo da prática e, dessa maneira, também é guiado por uma estrutura científica pautada pelo que é empírico e situacional.

Narrativas dos clientes

Já os *processos de pensamento orientados pelas narrativas dos clientes*, segundo Maruyama et al. (2021), são utilizados para compreender: os clientes como seres ocupacionais; sua história de vida dentro de uma temporalidade (passado, presente e futuro); os significados das ocupações para os clientes; compreender a subjetividade do cliente e a intersubjetividade entre os clientes e suas famílias. Além disso, também para interpretar as histórias contadas por eles, compreender. Isso facilita a criação de perspectivas com os clientes e suas famílias, para

promover a participação na terapia ocupacional e para revisar as intervenções a fim de atender suas necessidades (MARUYAMA et al., 2021).

Esses *processos de pensamento orientados pelas narrativas dos clientes* descritos por Maruyama et al. (2021) também foram identificados no raciocínio clínico das participantes deste estudo, embora com algumas diferenças. Quando as experts dizem que o que elas sabem sobre o sujeito-alvo compõe seu raciocínio clínico, embora esteja fortemente centrado no sujeito, em sua singularidade e situacionalidade, não se trata apenas de informações provenientes das informações oferecidas por eles, mas também de fontes diversas, como familiares, equipes profissionais, outras pessoas relevantes no processo. Assim, embora as narrativas dos clientes acompanham o raciocínio clínico das experts, o foco do trabalho dessas profissionais com ampla situação vivida pelo sujeito-alvo, amplia a compreensão do que abarca "o que se sabe sobre o sujeito".

Este estudo demonstrou, então, que o raciocínio clínico das participantes é composto por processos de pensamento tanto orientados por evidências científicas quanto orientados pelas narrativas dos clientes, como apresentado na revisão de Maruyama et al. (2021), porém, com algumas diferenças do que esses autores apresentam. Esta pesquisa avança tanto ao identificar que o raciocínio clínico também considera aspectos relacionais, contextuais e situacionais; quanto ao demonstrar como tais processos se complementam no cuidado em terapia ocupacional, na medida em que o raciocínio clínico é guiado pela singularidade e situacionalidade do sujeito, e as evidências de pesquisas científicas são chamadas a partir das necessidades e desejos que surgem na relação triádica.

Raciocínio ético-estético, associativo e dinâmico

Na literatura são descritos diversos tipos de raciocínio utilizados por terapeutas ocupacionais (diagnóstico, procedimental, interativo, condicional, narrativo, pragmático, ético, entre outros), voltados para pôr em foco diferentes aspectos. Vários estudos ressaltam que essa divisão em tipos é mais didática do que prática, salientando que na prática profissional os diferentes tipos funcionam dinamicamente, de modo complexo e integrado (MARUYAMA et al. 2021; MATTINGLY; FLEMING, 1994; SCHELL; SCHELL, 2008). Similarmente, nesta pesquisa também foram delineados e caracterizados diferentes tipos de raciocínio que as experts participantes utilizam - ético-estético, associativo e dinâmico - que funcionam de modo dinâmico, complexo e integrado. Porém, diferentemente do que a literatura apresenta, esses tipos de raciocínio não são utilizados pelas experts para pôr em foco determinados aspectos,

mas são empregados conjuntamente ao longo de toda a prática dessas profissionais. Assim, há necessidade de melhor compreendê-los em termos de suas especificidades, e de sua aplicabilidade e alcance.

Raciocínio ético-estético

Nesta tese, identifiquei que a ética presente no raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais que utilizam o MTOD diferencia-se do que os estudos no campo da Terapia Ocupacional apontam como raciocínio ético (CRABTREE; LYONS, 1997; CARRIER et al., 2010), como tomada de decisão ética (VANDERKAAY et al., 2015), como processos de pensamentos orientados pela ética profissional (MARUYAMA et al., 2021) e mesmo como tensões éticas que permeiam a prática (DUROCHER; KINSELLA, 2021).

Carrier et al. (2010), como já apresentado no capítulo 1, identificaram que terapeutas ocupacionais utilizam o raciocínio ético quando consideram ações desejáveis, em uma perspectiva moral, incorporando benefícios e riscos, melhores ações considerando o tempo de tratamento disponível, discordâncias de desejos entre paciente e terapeuta. Maruyama et al. (2021) caracterizaram como *processos de pensamento orientados pela ética profissional* aqueles utilizados por terapeutas ocupacionais para: determinar prioridades diante de dilemas éticos; encontrar soluções quando são desafiadas(os) com aspectos complexos e contínuos da prática ou quando os dados clínicos contradizem suas expectativas e experiência; contrastar mudanças na estrutura da prestação de serviços de saúde com interesses concorrentes (por exemplo, a necessidade de reduzir custos *versus* priorizar o cuidado ofertado aos clientes), buscando equilibrar benefícios e riscos; reconhecer e analisar dilemas; fazer auto-monitoramento e autorreflexão. Já Durocher e Kinsella (2021) nomearam como “tensões éticas” os dilemas que surgem quando terapeutas ocupacionais tentam considerar seus próprios valores conjuntamente com os valores e os interesses tanto dos clientes quanto de outros atores que compõem o contexto de prática (como colegas de trabalho, empregadores e agências regulatórias).

Nesta pesquisa, dilemas ou tensões éticas inerentes à qualquer prática de cuidado não foram abordados pelas participantes - tema que merece ser foco de outras investigações. Para as terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD, a ética compõe constantemente seu raciocínio clínico na medida em que elas estruturam toda a prática a partir do que é singular, situacional e significativo para cada sujeito-alvo. Outra peculiaridade é que a estética está indissociavelmente conectada à ética, já que essas profissionais constroem um raciocínio clínico que busca atingir resultados/objetivos a partir do que é belo e do que funciona na vida

de cada sujeito-alvo, singularmente, e a partir da perspectiva de cada um, conforme proposto por Goubert e Benetton (2002).

Esses achados se afastam da perspectiva moral ligada ao raciocínio ético apresentados por Carrier et al. (2010) e por Maruyama et al. (2020) e da busca por equilibrar benefícios e riscos a partir das diversas perspectivas envolvidas na prática (MARUYAMA et al., 2020; DUROCHER; KINSELLA, 2021). Mas aproxima-se do que Rogers (1983) ressalta em um dos estudos seminais sobre o tema: que o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais tem como finalidade uma decisão ética, ao invés de puramente científica. Esta autora discute que o que se destaca em uma decisão ética é sua concordância com os objetivos valorizados pelo paciente. Ao encontro do raciocínio ético-estético das terapeutas ocupacionais que utilizam o MTOD, Rogers (1983) também ressalta que a tomada de decisão na terapia ocupacional é altamente individualizada e deve ser tão congruente quanto possível com a concepção do paciente sobre uma “boa vida”, ou seja, o tratamento deve estar de acordo com as necessidades, objetivos, estilo de vida e valores pessoais e culturais do paciente. Ou, como pontuam Fleming e Mattingly (1994), a terapia ocupacional também pode ser vista como uma "ética prática", uma ética em ação.

Aqui novamente, aparece na literatura sobre raciocínio clínico uma perspectiva que valoriza a ciência como um conhecimento descolado da situação empírica na qual a prática está imersa. Para o MTOD, não há essa dicotomia, pois será científica a terapia ocupacional que sustentar sua prática nas evidências empíricas (que incluem evidências científicas) do que funciona para aquela pessoa, naquele determinado contexto e situação. Assim, não se trata de um preceito moral da sociedade a guiar a prática somente; o que é moral pertence à situação. A condução ética do cuidado em terapia ocupacional é uma condução também científica, pois considera a situação e os efeitos do cuidado na melhoria da situação do sujeito, do modo como ele vai experimentando e compreendendo, no que Marcolino (2022) vem nomeando de uma perspectiva pragmatista inerente à construção do MTOD.

Raciocínio associativo

As experts que utilizam o MTOD constroem um raciocínio associativo que permeia toda a prática à medida que vão memorizando e conectando dados racionais, cognitivos e objetivos (observações, informações e acontecimentos ao longo do processo terapêutico) a dados subjetivos (sentir, afetos, intuições e sensações corporificadas). É possível relacionar esses achados também às teorias de sistema dual (*dual-system theories*) - presentes em variados campos de estudo, como na filosofia, na aprendizagem e na cognição social (FRANKISH,

2010). Essas teorias descrevem dois sistemas distintos que seres humanos utilizam ao raciocinar e tomar decisões: o Sistema 1, evolutivamente mais antigo, caracterizado por processos de raciocínio não conscientes, rápidos, automáticos, intuitivos, associativos, heurísticos e contextualizados; e o Sistema 2, evolutivamente mais recente por ser ligado ao córtex pré-frontal e exclusivamente humano, caracterizado por processos de raciocínio conscientes, lentos, controlados, baseados em regras, analíticos e reflexivos, dependentes da linguagem, fonte da capacidade de pensamento abstrato e descontextualizado das normas lógicas (FRANKISH, 2010).

O pensamento associativo, como apresentado no Sistema 1, caracteriza-se por ser um pensamento essencial para a arte, para a criação, na medida em que fomenta a geração de ideias. Mas o processo de criação não é dependente somente deste sistema, pois demanda o refinamento, a avaliação e/ou a seleção das ideias pelo Sistema 2 (FRANKISH, 2010; SOWDEN; PRINGLE; GABORA, 2015). Sowden, Pringle e Gabora (2015) discutem que o processo de criação opera alternando entre os Sistemas 1 e 2, incluindo ora pensamentos divergentes e associativos, e ora pensamentos convergentes, garantindo, ao mesmo tempo, flexibilidade e persistência. Essas ideias são interessantes para discutir os achados deste estudo na medida em que as terapeutas ocupacionais experts utilizam esse raciocínio associativo buscando encontrar de modos criativos, com os sujeitos-alvo - como a finalidade/propósito da terapia ocupacional - novas formas de viver a vida, novas possibilidades para ampliar o cotidiano, que, como afirma Kujawski (1991), precisam ser construídas de modo que se possa preencher com sua criatividade a gramática social.

O raciocínio associativo utilizado pelas participantes deste estudo foi proposto por Benetton (1994, p. 81), quando ela descobriu a técnica trilhas associativas, ao ser acusada, por um de seus pacientes, de roubar suas atividades - momento que deu início a uma conversa sobre todas as atividades que estavam guardadas em seu prontuário. Benetton (1994) discute que o início de seu trabalho clínico foi com psicóticos, que pensam de forma espacial, de modo que os pensamentos vagueiam e agem antes de ser um ato de pensar “[...] é um pensar em ato” (p. 92). Mas diante do risco de associar "alhos com bugalhos", Benetton (1991) propõem que, para a construção de

"[...] um caminho que demonstre a correlação entre fatos, objetos e pessoas [...] vamos, paciente e eu, em busca de lugares comuns, de semelhanças e diferenças, de identificações e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nesta relação. Muitas das atividades propostas ao paciente, durante a terapia, assim o são por permitirem a continuidade dessas associações." (Benetton, 1991, p. 117).

Benetton parte da compreensão de que o sujeito-alvo é alguém com necessidades e desejos, mas que possui uma cisão entre o que faz e o que pensa/sente. Para superar essa cisão, Benetton (1994, p. 97) propõe que a(o) terapeuta ocupacional faça uso de um

"[...] olhar perscrutador [...] e a ele acrescenta-se o treino da memória associativa [...] capacidade que funciona como elemento de ligação das observações de fatos que se repetem, que se diferenciam e se parecem, que são transformados, alterados, completados, das ocorrências transferidas, recusadas, negadas, perseveramos, expostas e escondidas, e que no geral parecem perdidas ou mesmo inexistentes pela aparente proliferação de desarticulações comportamentais."

Assim, o raciocínio associativo das participantes não parece se assentar sob processos divergentes - como na *brainstorm* dos processos criativos (SOWDEN; PRINGLE; GABORA, 2015). Tais associações parecem estar mais voltadas para encontrar conexões, como um processo aberto ao novo, que se liga tanto a ideias/imagens provenientes de outros casos e situações, quanto a elementos inusitados. Podemos pensar as associações relatadas pelas participantes desta pesquisa em uma dupla função: a) como memória associativa, que consiste no processo de reter informações obtidas pela percepção e por outras fontes e deixá-las livres para se associarem a novos acontecimentos; e b) como substrato para sustentar a construção de sentidos no processo dialógico de avaliação, como nas trilhas associativas. Desse modo, o raciocínio associativo é um raciocínio voltado para o caso, para as singularidades do caso - embora não busque por interpretações, mas sim por ampliar as associações relativas ao caso de modo que se possa conversar sobre elas, para construir sentidos dialógicos.

Além disso, a temporalidade do raciocínio associativo não é somente a temporalidade da vida do cliente (passado, presente e futuro), como apresentado por Maruyama et al. (2021), mas a temporalidade vivida na relação triádica. É nessa temporalidade que as participantes destacaram que repousa qualquer possibilidade de prospecção futura, para manterem-se conectadas às singularidades dos sujeitos e não somente aos sistemas de normatividade. Assim, a narrativa, a história, que se pretende desvelar na avaliação dialógica é a própria história da relação triádica, e de como o que foi vivido sustenta um processo de construção de novos sentidos, cujo raciocínio associativo é a base. Tecendo relações com o proposto por Mattingly (1998), o raciocínio associativo pode ser compreendido à luz de uma temporalidade causal (uma coisa por causa da outra) e não em uma temporalidade cronológica (uma coisa depois da outra).

Raciocínio dinâmico

Diversas pesquisas (CARRIER et al., 2012; MARUYAMA et al., 2021) caracterizaram o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais como dinâmico. Maruyama et al. (2021), em estudo de revisão de 30 artigos, caracterizaram o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais como dinâmico, complexo e multifacetado ao identificarem que terapeutas ocupacionais utilizam, em conjunto, diferentes processos de pensamento, orientados: por evidências científicas, pelas narrativas dos clientes, pela ética profissional e pelos contextos de prática.

Nesta pesquisa, caracterizei o raciocínio das experts como dinâmico principalmente por identificar um tipo de pensamento que caminha dinamicamente pelos processos e conceitos do MTOD de modo fluido, flexível, singular e não protocolar, na medida do que demandam as situações vividas. A importância dessa característica dinâmica do raciocínio reside no próprio nome do MTOD, que é propor uma terapia ocupacional que aconteça dinamicamente. O que carrega em si dificuldades para pesquisar e “teorizar” uma proposta de intervenção na qual *não tem onde começa uma coisa e termina outra*.

A teoria do sistema dual (FRANKISH, 2010; SOWDEN; PRINGLE; GABORA, 2015) é uma forma de pensar esse dinamismo. Porém, apesar de caracterizar tipos de raciocínio, não esclarece como o dinamismo/*shifting* ocorre. Assim, essa pesquisa avança ao caracterizar um raciocínio dinâmico: as experts falaram amplamente sobre um caminho que pode ser percorrido, mas de diferentes formas, delineadas pelo que é deflagrado no curso do processo terapêutico. Ao propor conceitos práticos/operacionais o MTOD favorece esse dinamismo, permitindo que os processos e conceitos deste referencial sejam empregados a partir dos acontecimentos no processo terapêutico. Assim, mais do que considerar que as profissionais falam que o raciocínio é dinâmico, elas falaram sobre como ele é dinâmico, utilizando casos clínicos para exemplificar seu modo de pensar. Adiante, quando discutir o raciocínio clínico das experts com o MTOD em ação, sustentado nos três processos principais, serão explicitados mais elementos sobre como esse dinamismo acontece.

Uma mente de três trilhos sustentada no Método Terapia Ocupacional Dinâmica

As terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD empregam um raciocínio ético-estético, associativo e dinâmico, estruturando a prática profissional de acordo com três processos principais: a construção do diagnóstico situacional, o estabelecimento e o manejo da relação triádica e avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas.

Esse achado pode ser discutido à luz das produções de Mattingly e Fleming (1994), que nomearam como uma “mente de três trilhos” (*Three-Track Mind*), o pensamento que terapeutas ocupacionais utilizam ao empregarem três tipos de raciocínio: o procedimental, para definir problemas e selecionar técnicas para o tratamento, tendo como foco o impacto da condição clínica na vida funcional do paciente; o interativo, para interagir com os pacientes, compreender aspectos do ponto de vista deles e construir uma linguagem compartilhada de ações e de significados; e o condicional para localizar os problemas do paciente em contextos sociais e temporais mais amplos, e visualizar como a condição vivenciada pelo paciente pode mudar no futuro - visão prospectiva. Esses três tipos de raciocínio são delineados para caracterizar onde está o foco do pensamento das profissionais, dando destaque para os principais processos de raciocínio nas intervenções de terapia ocupacional.

A *Three-Track Mind* é uma proposta teórica muito bem recebida no campo e amplamente utilizada para abordar como esses diferentes focos alternam-se dinamicamente no pensamento das profissionais, em resposta ao que acontece no aqui-e-agora das intervenções (UNSWORTH, 2005). Propondo ousadamente uma releitura para o termo *Three-Track Mind*, identifiquei no modo de pensar das experts que utilizam o MTOD outros três “trilhos”: o da construção do diagnóstico situacional; o do estabelecimento e manejo da relação triádica; e o da avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas. As experts vão percorrendo esses três trilhos não de modo paralelo, mas de modo dinâmico, fluido e entrelaçado, empregando constantemente os raciocínios ético-estético, associativo e dinâmico.

No primeiro trilho, o diagnóstico situacional que embasa o raciocínio clínico das experts, elas constroem um pensamento amplo sobre como o sujeito-alvo está vivendo, que vai sendo constantemente reeditado ao longo do processo terapêutico. Ao encontro deste achado, Rogers (1983), em um dos estudos seminais sobre o tema, ressalta que a gama de problemas que compõem o diagnóstico em terapia ocupacional é ampla e variável, o que faz com que esse diagnóstico mude ao longo do tempo, reorientando a intervenção. Essa autora exemplifica que em um momento a principal dificuldade de uma pessoa pode ser em atividades de autocuidado (vestir-se, alimentar-se), mas que, uma vez que a pessoa se torna capaz de executá-las, suas dificuldades principais podem passar a ser executar tarefas domésticas.

Um pensamento investigativo se destaca na construção do diagnóstico situacional. Marcolino (2022) discute como a ideia de compreender a situação dos sujeitos-alvo permite pensar sobre o todo no qual o sujeito está inserido, e localizar suas necessidades e desejos relacionando-os às contingências de sua vida. O diagnóstico situacional tem destaque nas falas das profissionais experts, quando dizem que ele é a base de seu raciocínio clínico para qualquer

intervenção sustentada no MTOD, explicitando que processos cognitivos-corporificados (observação, coleta de informações, percepção e análise de afetos, de sensações, de intuição) nutrem seu pensar-fazer.

Se retomarmos as proposições sobre o *inquiry*, proveniente do Pragmatismo de John Dewey (1991), uma situação indeterminada se abre para um processo de investigação, até que se torne determinada, que todos os atores envolvidos se satisfaçam com seus resultados (DEWEY, 1991). Dewey (1991) propõe uma epistemologia funcional, caracterizando como indeterminada uma situação aberta, cujos constituintes ainda não se apresentam unidos; e determinada, uma situação caracterizada por um todo unificado, cujos efeitos das ações produzidas no processo de investigação produzem satisfação. Dewey (1991) ainda ressalta que uma situação nunca é um objeto ou evento singular, mas deve ser sempre considerada dentro de um todo contextual.

As terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa explicitam que embora seja desejável que se forme um primeiro diagnóstico situacional, ele é continuamente construído e reformulado. Ao longo do processo terapêutico novas informações e percepções vão surgindo, principalmente devido à relação triádica em curso, amparada na ética-estética, e à observação cuidadosa e investigativa à qual essas experts estão intencionalmente sempre atentas. Essas novas informações e percepções vão surgindo dinamicamente e sendo dinamicamente associadas, mudando as compreensões e, conseqüentemente, as ações das experts.

Benetton (1994) dedicou-se mais a discutir a importância de uma observação investigativa por meio de um olhar perscrutador, e da coleta de informações provenientes de diferentes fontes - para que a situação do sujeito-alvo seja conhecida. O olhar perscrutador caracteriza-se por ser aquele cuidadoso, atencioso, que dirige atenção a como o sujeito faz, a seus gestos, compreendendo que o processo de realização de atividades permite obter informações, sempre abertas a associações, sobre o modo de fazer do sujeito-alvo e também sobre a subjetivação da ação - como cada ação pode estar carregada de aspectos subjetivos, emocionais. Além da observação como fonte de informação, Benetton (1994), propõe que o diagnóstico situacional seja composto de informações de todas as fontes que puderem ser acessadas e que digam respeito à situação do sujeito - como as participantes da pesquisa relataram.

Embora a ênfase para a condução da investigação característica do diagnóstico situacional esteja no olhar perscrutador e na coleta de informações, que permitam a memorização associativa, as participantes da pesquisa destacaram que as informações provenientes das sensações e das emoções como fontes que podem desvelar aspectos do sujeito

e de sua situação. O manejo dos afetos, inicialmente construído teoricamente próximo às construções da Psicanálise, tomou a compreensão sobre os fenômenos transferenciais como guia para o conhecimento da dimensão relacional do sujeito-alvo e da relação terapêutica (BENETTON, 1994). Na tese de Benetton (1994), a discussão sobre a transferência positiva está presente quando a autora discute a relação triádica, mas nossos resultados dão ênfase para o quanto a compreensão dos afetos presentes na relação triádica são elementos essenciais para a composição do diagnóstico situacional.

Para Dewey, o processo de investigação é guiado pela reflexão, que se caracteriza por ser um processo de construção de significado que nos move de uma experiência para a próxima com uma compreensão mais profunda das relações e conexões com outras experiências e ideias (RODGERS, 2002). Kinsella (2012) expande a concepção sobre o pensamento reflexivo para discutir a construção de práticas com sabedoria (*practical wisdom*) nas profissões do campo da saúde. Esta autora discute que o processo de reflexão se dá em um *continuum*, que inclui processos de reflexão: receptiva, intencional, corporificada e reflexividade.

Tomando esses processos de pensamento reflexivo, é possível identificar a presença de todos eles nos processos do MTOD. As participantes falam que o diagnóstico situacional é a base para todo raciocínio clínico, constituindo-se como um momento de "parar para pensar" sobre todas as informações disponíveis para tentar compreender a situação que o sujeito-alvo está vivenciando, suas necessidades e desejos. Trata-se, então, de um processo de reflexão intencional, cognitiva, estruturada e sistemática (KINSELLA, 2012).

Pode-se dizer ainda que o segundo trilho da *Three-Track-Mind*, o estabelecimento e o manejo dinâmico da relação triádica, envolve dois tipos de reflexão presentes no *continuum* proposto por Kinsella (2012): a reflexão receptiva e a corporificada. A reflexão receptiva está presente na medida em que exige a presença da(o) terapeuta ocupacional, uma presença pronta para agir, e a busca da conexão com os demais termos da relação triádica, o sujeito-alvo e as atividades, tornando-se a matéria prima para outros tipos de reflexão. A reflexão receptiva está repleta de intuição, insight, emoção e da possibilidade de surpresa. Já a reflexão corporificada diz respeito à ação, que é situada, como uma conversa com a situação (SCHÖN, 2000). Esta reflexão se dá por meio da reflexão na e sobre a ação (*reflection in e on the action*), ou seja, tanto durante a ação como após sua ocorrência, e envolve aspectos cognitivo-corporificados, tanto tácitos como explícitos, para que as experts possam manejar os movimentos de ação e reação dos três termos da relação triádica.

Nos resultados dessa tese, as sensações corporificadas (*embodiment*) surgiram como um tema recorrente relacionado ao raciocínio clínico das experts, aparecendo no raciocínio

associativo, no diagnóstico situacional e na relação triádica. Acerca desse conceito Arntzen (2018), em artigo de reflexão, ressalta que o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais tem sido compreendido principalmente por meio do conhecimento científico-analítico e de teorias cognitivas, narrativas, metacognição e abordagens socioculturais, que não abordam como o raciocínio emerge através de aspectos decorrentes da interação corporificada e contextualizada entre pacientes e terapeutas. Na mesma linha, Unsworth e Baker (2016), em estudo de revisão sobre o raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais, indicaram a necessidade de explorar em pesquisas futuras constructos como conhecimento corporificado (*embodied knowledge*), intuição e a interação do raciocínio compartilhado do cliente e dos terapeutas. Assim, essa pesquisa avança no apontado por essas autoras, explicitando como as sensações corporificadas contribuem para: a construção de análises e compreensões (no diagnóstico situacional), as decisões sobre como agir (no manejo da relação triádica) e a construção de um raciocínio associativo que se faz presente ao longo de todo o processo terapêutico sustentado no MTOD.

Já o terceiro trilho da *Three-Track-Mind*, a avaliação dialógica do processo terapêutico, que tem seu momento especial por meio da técnica trilhas associativas, envolve o processo de reflexividade (KINSELLA, 2012). A reflexividade é dialógica por natureza, guiada pela interrogação, envolve linguagem, e a negociação socialmente compartilhada dos sentidos. Está ligada a processos de desconstrução e de transformação, e assume uma dimensão crítica. Está imbuída de processos intersubjetivos, discursivos, performativos e de relações de poder. No raciocínio clínico, a reflexividade presente na avaliação dialógica permite a construção de sentidos compartilhados entre sujeito-alvo e terapeuta ocupacional sobre o processo terapêutico, produzindo novas informações/percepções, que produzem novas ideias/compreensões e novas ações sempre em direção à ampliação dos espaços de saúde, do cotidiano e da inserção social.

Raciocínio clínico e desenvolvimento profissional

Os resultados do capítulo 9, referentes a como o raciocínio clínico das experts foi mudando ao longo da carreira e a quais fatores contribuíram para essas mudanças, aproximam-se muito do que a literatura sobre raciocínio clínico em Terapia Ocupacional descreve.

As experts identificaram que no início da carreira tinham um raciocínio clínico mais lentificado e fragmentado, que ao longo da carreira foi se tornando mais rápido, automático, fácil de fazer e intuitivo. Ao encontro disso, Schell e Benfield (2018), descrevem que terapeutas ocupacionais experts têm um processo de raciocínio clínico intuitivo e rápido; conseguem fazer a conversa e a ação fluírem simultaneamente; usam as perspectivas dos clientes para determinar

as intervenções; apoiam-se em guias internos ou em imagens para agir. Essas autoras também salientam que terapeutas ocupacionais desenvolvem expertise conforme vão ganhando experiência e se envolvendo em estratégias de reflexão sobre a prática. Na mesma linha, Unsworth e Baker (2016), em estudo de revisão de 14 artigos, identificaram que profissionais novatos obtêm insights sobre a prática expert principalmente quando têm a oportunidade de se envolver em estratégias de reflexão sobre a prática.

Diversas foram as estratégias reflexivas utilizadas pelas experts que contribuíram para ampliar o raciocínio clínico: experiências profissionais e pessoais; formações após a graduação; supervisão; discussão de casos com pares; estudos dirigidos a partir de situações da prática; e registros escritos dos atendimentos. É importante salientar que um terço do curso de formação clínica no MTOD é organizado em supervisão de casos clínicos e escrita reflexiva sobre a prática. Ao longo de toda a formação no MTOD as profissionais são incentivadas a adotar práticas de reflexão sobre a prática (CETO, 2022). Um resultado surpreendente foi que, no momento da pesquisa, todas as 10 participantes ainda faziam supervisão e/ou discussão de seus casos com pares. Isso mostra o comprometimento dessas profissionais com sua prática visto que, mesmo já tendo um status de experts na comunidade profissional, elas ainda se esforçavam para ter outras visões sobre como estavam pensando e atuando profissionalmente.

Também ao encontro dos resultados desta tese, de que que as experts participantes vão se afastando dos discursos biomédicos e se aproximando dos preceitos filosóficos centrais da Terapia Ocupacional, Dubroc e Pickens (2015) identificaram uma mudança de foco no raciocínio de oito terapeutas ocupacionais que atuavam na área de modificações domésticas. Segundo esses autores, conforme esses terapeutas foram ganhando experiência, um raciocínio que antes era sistemático foi se tornando mais abrangente, mais centrado no cliente e considerando um todo contextual. Os achados deste estudo mostram que o raciocínio clínico das experts deixou de ser focado na doença, déficits, problemas e dificuldades que os sujeitos-alvo apresentavam, passando a ser mais focado na saúde, na construção de sentidos na vida e no cotidiano.

Acerca dessa perspectiva biomédica, Shafaroodi et al. (2014), Shafaroodi et al. (2017), Doyle et al. (2014) e Kristensen et al. (2012) identificaram que em ambientes de cuidados intensivos e de internação (como em hospitais) terapeutas ocupacionais tendem a adotar uma perspectiva mais medicalizada; a considerar os objetivos, diagnósticos e sintomas dos médicos mais do que as preferências do cliente; e a priorizar a independência do paciente a fim de aliviar a carga de trabalho da equipe profissional, mesmo quando indo na contramão da prática centrada no cliente. Em contraste, em ambientes extra-hospitalares e comunitários (como em

centros-dia e em ambulatórios), terapeutas ocupacionais tendem a avaliar o efeito da doença nos clientes e em seu ambiente; facilitar mudanças no desempenho ocupacional; respeitar as preferências dos clientes; verem os clientes a partir de uma perspectiva holística; e se concentrarem mais nas atividades da vida diária.

Também cabe ressaltar que diversos estudos (ASHBURNER et al., 2014; CARRIER et al., 2012; FALLER et al., 2016; MATTHEWS et al., 2017; SCHAAF, 2015; STARK et al., 2015; YANCOSEK; HOWELL, 2010) têm proposto estruturas/*frameworks* para o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais que buscam sustentar práticas mais holísticas, centradas no cliente, baseadas na ocupação e capazes de integrar os múltiplos aspectos relevantes ao processo terapêutico, como família e ambientes/contextos sociais. Os resultados deste estudo mostram que e como as terapeutas ocupacionais experts empregam um raciocínio ético-estético, associativo e dinâmico, amplamente focado na construção de sentidos na vida e no cotidiano principalmente ao sustentarem seu raciocínio na construção do diagnóstico situacional.

O modo como as participantes falaram sobre a prática, demonstrando o domínio de uma linguagem que permite demonstrar a prática em terapia ocupacional, evidencia que elas vão além do cuidado aos déficits, doenças e problemas do sujeito-alvo, considerando essas questões como parte da situação, mas que serão consideradas na medida em que forem elementos que paralisam ou ampliam as atividades, a saúde e a participação social desses sujeitos. O objetivo final do MTOD é, então, a ampliação da vida e do que é saudável na perspectiva de cada sujeito singularmente, favorecendo o encontro e a descoberta de novas normatividades.

As experts ainda ressaltaram que conforme foram adquirindo experiência, o raciocínio clínico passou a ser muito mais moldado pelos aspectos da prática do que por conteúdos teóricos, salientando que se desprender das teorias “como a aplicação de uma receita” permitiu que elas se aproximassem mais das singularidades e situacionalidades de cada caso atendido. É possível relacionar esse achado às produções de Kinsella (2012), que caracteriza três tipos de conhecimento, remetendo-se às produções de Aristóteles: *techne*, *episteme* e *phronesis*. A *episteme* é caracterizada como um tipo de conhecimento científico, universal, invariável e independente do contexto. A *techne* é caracterizada como dependente do contexto, um conhecimento pragmático orientado para a racionalidade prática e governado por objetivos conscientes. Já a *phronesis* é um tipo de conhecimento que pode ser definido como “sabedoria prática” e que implica reflexão (tanto tácita quanto explícita; tanto deliberativa quanto orientada à ação), abarcando uma relação entre reflexão e ação, um meio para o emprego de ações sábias que permite ao profissional navegar pelos contextos variáveis da prática em

direção a fins dirigidos pela sabedoria prática (KINSELLA, 2012). Assim, o que as experts caracterizam como um “desprendimento” de conteúdos teóricos se relaciona ao que Kinsella (2012) caracteriza como a *phronesis*.

CAPÍTULO 12 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese contribuiu para aprofundar as compreensões sobre raciocínio clínico em Terapia Ocupacional, tema ainda pouco explorado no Brasil, ao investigar este conceito entre terapeutas ocupacionais experts brasileiras que fundamentam a prática profissional no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Foi possível iniciar uma compreensão teórica sobre como esse referencial, construído por meio da investigação empírica da prática, volta-se novamente para a prática, sustentando um pensar-agir situado, singular, ético-estético, associativo e dinâmico.

Esta pesquisa permitiu identificar que MTOD sustenta o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts que o utilizam, além de detalhar como isso acontece. O MTOD se mostrou efetivo em sua proposta de auxiliar terapeutas ocupacionais a organizar informações, construir compreensões e decidir como agir. Foi possível caracterizar três tipos de raciocínio utilizados pelas participantes ao longo de toda a prática: ético-estético, associativo e dinâmico, assim como mostrar como esses raciocínios estão presentes ao longo de toda a prática das terapeutas ocupacionais experts conforme elas percorrem os processos: 1) construção do diagnóstico situacional, 2) estabelecimento e manejo da relação triádica, e 3) avaliação dialógica do processo terapêutico/trilhas associativas; incorporando ao pensamento outros conceitos propostos e definidos no MTOD e buscando atingir resultados de acordo com o que o MTOD propõe - ampliar espaços de saúde e cotidiano, promovendo participação e inserção social.

CAPÍTULO 13 – LIMITAÇÕES /DESAFIOS E PESQUISAS FUTURAS

Ao longo deste estudo, que se estendeu do segundo semestre de 2017 ao início de 2022, ao conduzir buscas em revistas brasileiras de Terapia Ocupacional e em bases de dados utilizando os termos “raciocínio clínico”, “raciocínio profissional”, “Terapia Ocupacional” e/ou “terapeutas ocupacionais”, identifiquei uma escassez de pesquisas sobre esse tema. Encontrei diversas pesquisas brasileiras sobre raciocínio clínico na enfermagem e na medicina, mas não na Terapia Ocupacional. Por outro lado, são vastos os estudos sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais conduzidos em outros países, principalmente nos EUA e no Canadá. Isso limitou minhas discussões e comparações com outros estudos, e demonstra uma necessidade urgente de estudos sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais brasileiras(os).

Nesta pesquisa fiz um “recorte” bastante específico: construir uma compreensão teórica sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais brasileiras que utilizam um referencial teórico-metodológico específico - o MTOD. Foi possível elucidar, por meio de uma compreensão teórica, modos e conteúdos de pensamento dessas profissionais. Contudo, a compreensão teórica resultante deste estudo é apenas provisória. É possível que outras investigações com esse recorte avancem na compreensão teórica aqui apresentada.

Além disso, ressalto a necessidade de conduzir investigações sobre esse tema entre terapeutas ocupacionais brasileiras(os) que utilizam outros referenciais teórico-metodológicos e que estejam em diferentes estágios de desenvolvimento profissional, assim como investigações que tenham como foco outros aspectos do raciocínio clínico, tais como: corporificação/*embodiment*, intuição, pensamento investigativo, raciocínio ético-estético, raciocínio associativo e raciocínio dinâmico, que identifiquei aqui como relevantes na construção do raciocínio clínico.

Outro desafio que encontrei nesta pesquisa foi referente ao método de coleta de dados que utilizei. Ao longo das entrevistas as participantes falaram sobre seu raciocínio clínico quase sempre contando sobre casos clínicos que estavam acompanhando na prática profissional. Isso dificultou minha análise de dados, já que tive dificuldades em “cortar” e categorizar as histórias “inteiras” que elas estavam contando. É possível que isto esteja relacionado à característica tácita e intrínseca do pensamento dessas experts, ou ainda à natureza dinâmica do referencial que elas utilizam - o MTOD - e da prática que elas constroem. Contudo, investigar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o MTOD usando outros métodos de coleta de dados pode ser uma estratégia fértil em investigações futuras, uma vez que podem

iluminar aspectos que não foi possível apreender por meio do uso das entrevistas nesta pesquisa.

Ressalto, então, que muitos outros caminhos podem ser seguidos em pesquisas futuras sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais brasileiras(os), por exemplo, por meio: do uso de diferentes metodologias de pesquisa, do uso de diferentes métodos de coleta e de análise de dados, do foco em diferentes aspectos do raciocínio clínico, da investigação de como outros referenciais teórico-metodológicos sustentam o raciocínio clínico, da investigação sobre esse tema entre profissionais que estejam em diferentes estágios de desenvolvimento profissional.

REFERÊNCIAS

AOTA American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. Supplement_1, p. S1–S48, 2014. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>

ARNTZEN, C. An Embodied and Intersubjective Practice of Occupational Therapy. **Occupation, Participation and Health**, v. 38, n. 3, p. 173-180, 2018. <https://doi.org/10.1177/1539449217727470>

ASHBURNER, J. K.; RODGER, S. A.; ZIVIANI, J. M.; HINDER, E. A. Optimizing participation of children with autism spectrum disorder experiencing sensory challenges: A clinical reasoning framework. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 81, n. 1, p. 29-38, 2014. <https://doi.org/10.1177/0008417413520440>

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BENETTON, J. A narrativa clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Revista CETO**, ano 13, n. 13, p. 4-8, 2012.

BENETTON, J. Atividades: tudo o que você quis saber e ninguém respondeu. **Revista CETO**, ano 11, n. 11, p. 26-29, 2008.

BENETTON, J. Além da opinião: uma questão de investigação para a historicização da Terapia Ocupacional. **Revista CETO**, ano 9, n. 9, p. 4-8, 2005.

BENETTON, J. O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados. **Revista CETO**, ano 12, n. 12, p. 32-39, 2010.

BENETTON, J. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional**. Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

BENETTON, M. J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. 1994. 190f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

BENETTON, J; MARCOLINO, T. Q. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.067>

BENETTON, J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional. **Revista CETO**, ano 13, n. 13, p. 26-33, 2012.

BONIFACE, A.; SEYMOUR, A. Introduction. In: FISH; G; BONIFACE, A. (Orgs). **Using Occupational Therapy Theory in Practice**. John Wiley & Sons. 2012, p. 1-8.

BOWYER, P., et al. Long-Term Impact of Model of Human Occupation Training on Therapeutic Reasoning. **Journal of allied health**, v. 48, n. 3, p. 188–193, 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487357/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Brasília; 2012.

BRYANT, A.; CHARMAZ, K. **The SAGE Handbook of Grounded Theory**. USA: SAGE Publications, 2007.

CARRIER, A. et al. Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: A framework to improve occupational therapists' transfer skill interventions. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 59, n. 5, p. 355–366, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01017.x>

CARRIER, A. et al. Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 57, n. 6, p. 356–365, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00875.x>

CECCATO, T. A transferência na constituição da relação triádica: relato clínico. **Revista CETO**, ano 8, n. 8, p. 27-40, 2012.

CETO, Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional. **Formação**. Disponível em: <https://ceto.pro.br/>. Acesso em 10 de abril de 2022.

CHAFFEY, L.; UNSWORTH, C.; FOSSEY, E. A grounded theory of intuition among occupational therapists in mental health practice. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 7, p. 300-308, 2010. <https://doi.org/10.4276/030802210X12759925544308>

CHAPPARO, C.; RANKA, J. Clinical Reasoning in Occupational Therapy. In: HIGGS, J.; JONES, M. A.; LOFTUS, S.; CHRISTENSEN, N. (Eds.), **Clinical Reasoning in the Health Professions**. (3rd ed.). Amsterdam: Elsevier Butterworth Heinemann, 2019, p. 608-636.

CHARMAZ, K. **Constructing Ground Theory**. 2nd edition. London: SAGE, 2014.

CHARMAZ, K. Constructionism and the Grounded Theory Method. In: HOLSTEIN, J. A.; GUBRIUM, J. F. (eds.), **Handbook of Constructionist Research**. New York: The Guilford Press, p. 397-412, 2008. (b)

CHARMAZ, K. Grounded Theory as an Emergent Method. In: HESSE-BIBER, S. N.; LEAVY, P. (eds.), **Handbook of Emergent Methods**. New York: The Guilford Press, p. 155-172, 2008. (a)

CHEUNG, et al. Ergonomic education on housework for women with upper limb repetitive strain injury (RSI): a conceptual representation of therapists' clinical reasoning. **Disability and Rehabilitation**, v. 40, n. 26, p. 3136-3146, 2018. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1378928>

CRABTREE, M.; LYONS, M. Focal points and relationships: a study of clinical reasoning. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 60, n. 2, p. 57-64, 1997. <https://doi.org/10.1177/030802269706000204>

CROWE, J. Professional Reasoning and Occupational Therapist's Use of a Multi-Sensory Environment for Clients with Dementia. **Physical & Occupational Therapy In Geriatrics**, v. 32, n. 3, p. 198–209, 2014. <https://doi.org/10.3109/02703181.2014.927947>

CRUZ, D. M. C. Os modelos de terapia ocupacional e as possibilidades para prática e pesquisa no Brasil. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 3, p. 504-517, 2018. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto18436>

DENNIS, C. W.; DORSEY, J. A.; GITLOW, L. A call for sustainable practice in occupational therapy. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 82, n. 3, p. 160-168, 2015. <https://doi.org/10.1177/0008417414566925>

DEWEY, J. *Logic: The Theory of Inquiry, The Later Works, Vol. 12.* Carbondale: Southern Illinois University Press [1938], 1991.

DOYLE, S. D.; BENNETT, S.; DUDGEON, B. J. Sensory impairment after stroke: Exploring therapists' clinical decision making. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 81, n. 4, p. 215-225, 2014. <https://doi.org/10.1177/0008417414540516>

DREYFUS, H. L.; DREYFUS, S. E. **Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of computer.** New York: Free Press, 1986.

DUBROC, W.; PICKENS, N. D. Becoming “At Home” in Home Modifications: Professional Reasoning Across the Expertise Continuum. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 29, n. 3, p. 316-329, 2015. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010129>

DUROCHER, E.; KINSELLA, E. A. Ethical Tensions in Occupational Therapy Practice: Conflicts and Competing Allegiances. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 88, n. 3, p. 244-253, 2021. <https://doi.org/10.1177/00084174211021707>

ESTEVEZ, C. Z. **O Mistério da Consignia.** Disponível em: <https://lumeopovoempe.wordpress.com/2011/08/29/o-misterio-da-consignia/>. Acesso em 19 de janeiro de 2021.

FERRARI, S. M. L. Análise de atividades. **Revista CETO**, n. 11, p. 36-40, 2008.

FISH; G; BONIFACE, A. Reconfiguring professional thinking and conduct: a challenge for occupational therapists in practice. In: FISH; G; BONIFACE, A. (Orgs.). **Using Occupational Therapy Theory in Practice.** John Wiley & Sons. 2012, p. 9-20.

FLEMING, M. H.; MATTINGLY, C. Action and inquiry: Reasoned action and active reasoning. In: MATTINGLY, C.; FLEMING, M. H. (Eds.). **Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice.** Philadelphia: F. A. Davis Company. 1994, p. 316-342.

FRANKISH, K. Dual-process and dual-system theories of reasoning. **Philosophy Compass**, v. 5, n. 10, p. 914-926, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1747-9991.2010.00330.x>

GLASER, B.; STRAUSS, A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* EE. UU. 1967.

- GOUBERT, J. P.; BENETTON, J. Você disse ética? **O Mundo da Saúde**, v. 8, n. 3, 2002.
- HALL, G. H.; GRIFFITHS, D. L.; MCKENNA, L. From Darwin to constructivism: The evolution of grounded theory. **Nurse Researcher**, v. 20, n. 3, p. 17-21, 2013. <https://doi.org/10.7748/nr2013.01.20.3.17.c9492>
- HELFRICH, C; KIELHOFNER, G. Volitional narratives and the meaning of therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 48, n. 4, p. 319-326, 1996. <https://doi.org/10.5014/ajot.48.4.319>
- HESS, K. Y.; RAMUGONDO, E. Clinical reasoning used by occupational therapists to determine the nature of spiritual occupations in relation to psychiatric pathology. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 77, n. 5, p. 234–242, 2014. <https://doi.org/10.4276/030802214X13990455043449>
- HIGGS, J.; JONES, M. A.; LOFTUS, S.; CHRISTENSEN, N. (Orgs.) **Clinical Reasoning in the Health Professions** (3rd edition). Amsterdam: Elsevier Butterworth Heinemann, 2019.
- IKIUGU, M. N.; PLASTOW, N. A.; VAN NIEKERK, L. Eclectic Application of Theoretical Models in Occupational Therapy: Impact on Therapeutic Reasoning. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 33, n. 3, p. 286-305, 2019. <https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1630884>
- KING, G. et al. Measuring the Expertise of Paediatric Rehabilitation Therapists. **International Journal of Disability, Development and Education**, v. 55, n. 1, p. 5-26, 2008. <https://doi.org/10.1080/10349120701654522>
- KINSELLA, E. A. (2018). Embodied reasoning in professional practice. In: SCHELL, B.; SCHELL, J. (Eds.) **Clinical and professional reasoning in occupational therapy**. 2^a ed., p. 105-126. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- KINSELLA, E. A.; PITMAN, A. (Eds.). **Phronesis as Professional Knowledge**. The Netherlands: Sense Publishers, 2012, p. 35-52.
- KRISTENSEN, H. K.; BORG, T.; HOUNSGAARD, L. Aspects affecting occupational therapists' reasoning when implementing research-based evidence in stroke rehabilitation. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 19, n. 2, p. 118-131, 2012. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.556197>
- LAW, M.; COOPER, B.; STRONG, S.; STEWART, D.; RIGBY, P.; LETTS, L. (1996). The person-environment- occupation model: A transactive approach to occupational performance. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 63, n. 1, p. 9–23, 1996. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- MARQUEZ-ALVAREZ, L. J. et al. Professional Reasoning in Occupational Therapy: A Scoping Review. **Occupational Therapy International**, v. 2019, p. 1-9, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6238245>
- MARCOLINO, T. Q. Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. In: SALLES, M. M.;

MATSUKURA, T. S. (Ed.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EDUFSCar/FAPESP, 2016.

MARCOLINO, T. Q. O Pragmatismo na obra de Jô Benetton. **Seminário apresentado no grupo de estudos “Terapia Ocupacional e Pragmatismo”**. Comunicação pessoal. 2022.

MARCOLINO, T. Q. O raciocínio clínico da terapeuta ocupacional ativa. **Revista CETO**, v. 13, p. 14-25, 2012.

MARCOLINO, T. Q. Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 3, p. 635-642, 2014. <https://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.086>

MARCOLINO, T. Q., et al. “And a door opens”: reflections on conceptual and identity issues on clinical reasoning in occupational therapy. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 2, p. 403-411, 2019. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1740>

MARCOLINO, T. Q., et al. Dialogues with Benetton and Latour: possibilities for an understanding of social insertion. **Brazilian Journal of Occupational Therapy**, v. 28, n. 4, p. 1322-1334, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar2032>

MARCOLINO, T. Q., et al. O cotidiano como um conceito instrumental para intervenções em terapia ocupacional. Anais do VI Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional, 2021.

MARCOLINO, T. Q.; KINSELLA, E. A. A pragmatist perspective for occupational therapy professional reasoning. **Schell & Schell Professional Reasoning Colloquium**, Texas Women University, Outubro, 2021.

MARUYAMA, S.; SASADA, S.; JINBO, Y.; BONTJE, P. (2020). A Concept Analysis of Clinical Reasoning in Occupational Therapy. **Asian Journal of Occupational Therapy**, v. 16, n. 1, p. 119-127, 2020. <https://doi.org/10.11596/asijot.16.119>

MAXIMINO, V. S.; PETRI, E. C.; CARVALHO, A. O. C. A compreensão de saúde para o Método da Terapia Ocupacional Dinâmica. **Revista CETO**, ano 13, n. 13, 2012.

MATTHEWS, L. K.; MULRY, C. M.; RICHARD, L. Matthews Model of Clinical Reasoning: A Systematic Approach to Conceptualize Evaluation and Intervention. **Occupational Therapy in Mental Health**, v. 33, n. 4, p. 360-373, 2017. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2017.1303658>

MATTINGLY, C. **Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

MATTINGLY, C. What is clinical reasoning? **American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, n. 11, p. 979–986, 1991. <https://doi.org/10.5014/ajot.45.11.979>

MATTINGLY, C.; FLEMING, M. H. **Clinical Reasoning: forms of inquiry in a therapeutic process**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1994.

MORAES, G. C. Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica. **Revista CETO**, ano 11, n.11, p. 30-35, 2008.

MORSE, J. M. Sampling in Grounded Theory. In: BRYANT, A.; CHARMAZ, K. **The SAGE Handbook of Grounded Theory**. London: SAGE Publications, 2007, p. 229-244.

MORSE, J. M.; CLARK, L. The nuances of grounded theory sampling and the pivotal role of theoretical sampling. In: BRYANT, A.; CHARMAZ, K. (Eds.). **The SAGE handbook of current developments in grounded theory**, 2019, p. 145-166.

PARK, M. Pleasure, Throwing Breaches, and Embodied Metaphors: Tracing Transformations in Participation for a Child With Autism to a Sensory Integration–Based Therapy Session. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 32, n. 1, p. 34-47, 2012. <https://doi.org/10.3928/15394492-20110906-05>

RAMALHO et al. Literature Review and Constructivist Grounded Theory Methodology. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 16, n. 3, p. 1-9, 2015. <https://doi.org/10.17169/fqs-16.3.2313>

RASSAFIANI, M. et al. Identification of occupational therapy clinical expertise: Decision-making characteristics. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 56, n. 3, p. 156–166, 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00718.x>

ROBERTSON, D.; WARRENDER, F.; BARNARD, S. The critical occupational therapy practitioner: How to define expertise?. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 62, n. 1, p. 68–71, 2015. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12157>

ROBERTSON, L.; GRIFFITHS, S. Problem Solving in Occupational Therapy. In: ROBERTSON, L. (Ed.) **Clinical Reasoning in Occupational Therapy**. Pondicherry, India: Wiley-Blackwell, 2012, p. 1-14.

RODGERS, C. Defining reflection: Another look at John Dewey and reflective thinking. **Teachers College Records**, v. 104, n. 4, p. 842-866, 2002. <https://doi.org/10.1111/1467-9620.00181>

ROGERS, J. C. Eleanor Clarke Slagle Lectureship—1983; Clinical Reasoning: the ethics, science, and art. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 37, n. 9, p. 601-616, 1983. <https://doi.org/10.5014/ajot.37.9.601>

ROGERS, J. C.; HOLM, M. B. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, n. 11, p. 1045-1053, 1991. <https://doi.org/10.5014/ajot.45.11.1045>

ROGERS, J.; MASAGATANI, G. Clinical reasoning of occupational therapists during the initial assessment of physically disabled patients. **Occupational Therapy Journal of Research**, v. 2, n. 4, p. 195-219, 1982. <https://doi.org/10.1177/153944928200200401>

SANTOS, J. L. G. et al. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 1, p. 1-8, 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017021803303>

SCHELL, B. A. B. Professional reasoning in practice. In: SCHELL, B. A. B.; GILLEN, G.; SCAFFA, M. E. (Eds.), **Willard and Spackman's Occupational Therapy** (12 ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2014, p. 384-397.

SCHELL, B. A. B. Raciocínio Clínico: a base da prática. In NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Eds.). **Willard & Spackman Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SCHELL, B. A. B.; BENFIELD, A. Aspects of professional reasoning. In: SCHELL, B. A. B.; SCHELL, J. W. (Eds.). **Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy**. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018, p. 127-144.

SCHELL, B.A.; CERVERO, R.M. Clinical reasoning in occupational therapy: an integrative review. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 47, n. 7, p. 605-610, 1993. <https://doi.org/10.5014/ajot.47.7.605>

SCHELL, B. A. B.; SCHELL, J. W. **Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy**. Wolters Klumer / Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2008.

SCHELL, B. A. B.; SCHELL, J. W. Professional Reasoning as the Basis of Practice. In: SCHELL, B. A. B.; SCHELL, J. W. (Eds.). **Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy** (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018, p. 3-22.

SHAFAROODI, N., et al. Factors affecting clinical reasoning of occupational therapists: a qualitative study. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, v. 28, n. 8, p. 1-10, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154286/>

SHAFAROODI, N., et al. Occupational Therapists' Clinical Reasoning: A Qualitative Study. **Iranian Rehabilitation Journal**, v. 15, n. 3, p. 277-286, 2017. <http://dx.doi.org/10.29252/nrip.irj.15.3.277>

SCHÖN. D. **Educando o profissional reflexivo**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SKUBIK-PEPLASKI, C., et al. Occupational Therapists' Perceptions of Environmental Influences on Practice at an Inpatient Stroke Rehabilitation Program: A Pilot Study. **Physical & Occupational Therapy In Geriatrics**, v. 33, n. 3, p. 250-262, 2015. <https://doi.org/10.3109/02703181.2015.1042565>

SOWDEN, P. T.; PRINGLE, A.; GABORA, L. The shifting sands of creative thinking: Connections to dual-process theory. **Thinking & Reasoning**, v. 21, n. 1, p. 40-60, 2015. <https://doi.org/10.1080/13546783.2014.885464>

STARK, S. L., et al. Clinical reasoning guideline for home modification interventions. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 69, n. 2, p. 1-8, 2015. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.014266>

THOMPSON, B. Abductive Reasoning and Case formulation in Complex Case. In: ROBERTSON, L. (Ed.). **Clinical reasoning in occupational therapy: controversies in practice**. Wiley-Blackwell, 2011, p. 15-30.

THORNBERG, R.; CHARMAZ, K. Grounded theory and theoretical coding. In: FLICK, U (Ed.). **The SAGE handbook of qualitative data analysis**. SAGE, 2014, p. 153-69.

THORNBERG, R.; DUNNE, C. Literature review in grounded theory. In: BRYANT, A; CHARMAZ, K. (Eds.), **The Sage handbook of current developments in grounded theory**. SAGE, 2019, p. 206-221.

UNSWORTH, C. Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? **British Journal of Occupational Therapy**, v. 67, n. 1, p. 10-19, 2004. <https://doi.org/10.1177/030802260406700103>

UNSWORTH, C. Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in Occupational Therapy. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 59, n. 1, p. 31-40, 2005. <https://doi.org/10.5014/ajot.59.1.31>

UNSWORTH, C.; BAKER, A. A systematic review of professional reasoning literature in occupational therapy. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 79, n. 1, p. 5–16, 2016. <https://doi.org/10.1177/0308022615599994>

YANCOSEK, K. E.; HOWELL, D. Integrating the Dynamical Systems Theory, the Task-Oriented Approach, and the Practice Framework for Clinical Reasoning. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 24, n. 3, p. 223-238, 2010. <https://doi.org/10.3109/07380577.2010.496824>

YOUNG, M. E., et al. Mapping clinical reasoning literature across the health professions: a scoping review. **BMC Medical Education**, v. 20, n. 107, p. 1-11, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02012-9>

VACHON, B.; DURAND, M. J.; LEBLANC, J. Empowering occupational therapists to become evidence-based work rehabilitation practitioners. **Work**, v. 37, n. 2, p. 119–134, 2010. <https://doi.org/10.3233/wor-2010-1063>

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construções teóricas sobre o raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais experts no Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Pesquisador: Angélica da Silva Araujo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12398519.3.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.382.934

Apresentação do Projeto:

Na apresentação do estudo, as pesquisadoras informam sobre a realização de uma pesquisa qualitativa a qual será realizada com 20 participantes e terá como objetivo "construir uma compreensão teórica sobre o raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais que fundamentam sua prática profissional no referencial teórico-metodológico 'Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD)". Considerando o envolvimento de seres humanos, justifica-se a análise do protocolo de pesquisa pelo CEP com base nas resoluções vigentes.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é a compreensão sobre o raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais que fundamentam sua prática profissional no referencial teórico-metodológico "Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD)". Tem ainda por objetivo investigar como se articulam conhecimentos proposicionais e não proposicionais no raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais; Identificar conceitos que informem o raciocínio profissional;- Identificar como os pressupostos do MTOD sustentam processos e conteúdos do raciocínio profissional;- Consolidar, ampliar, construir e/ou criar novos conceitos no MTOD.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se a exposição da metodologia para análise das informações sobre riscos e benefícios do estudo. O estudo será realizado com terapeutas ocupacionais que utilizam o referencial

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.382.934

teórico-metodológico Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) para condução de suas práticas assistenciais. O local do estudo será o Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO), instituição privada que oferece o curso de especialização no Método Terapia Ocupacional Dinâmica, no município de SP/SP. As pesquisadoras irão utilizar questionário sociodemográfico, entrevistas intensivas semiestruturadas e grupos focais para coleta dos dados.

No projeto na íntegra as pesquisadoras apresentam que as entrevistas intensivas serão do tipo semiestruturadas, realizadas a partir de um roteiro previamente preparado com duração média de 30 minutos. Os grupos focais podem oferecer insights para pesquisadores e participantes, iluminam similaridades e diferenças nas experiências e, assim, oferecem uma janela para processos tácitos de pensamento. Os grupos focais serão conduzidos a partir de um roteiro de debate previamente preparado com duração média de 1 hora e 30 minutos.

São identificados os riscos de constrangimento dos participantes mediante a exposição sobre o raciocínio que utilizam para condução de suas práticas.

Porém, o estudo poderá contribuir para construção de uma linguagem que seja capaz de descrever alguns dos processos tácitos de pensamento dos terapeutas ocupacionais, o que pode ter impactos positivos na prática (elucidando compreensões e facilitando a comunicação), no ensino (facilitando o processo de ensino-aprendizagem por meio de uma linguagem mais acessível) e na pesquisa brasileira (fomentando um tema de pesquisa ainda incipiente no Brasil).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa justifica-se, considerando os riscos aos quais os profissionais estarão expostos e os benefícios apresentados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentou folha de rosto assinada pela pesquisadora e diretor de centro. Ok
- Apresentou orçamento, projeto na íntegra, cronograma, TCLE de declaração da infraestrutura.
- apresentou carta de autorização institucional contendo o acordo da diretora do Centro para realização do estudo.
- Os instrumentos de coleta de dados estão apresentados no projeto na íntegra.
- Apresentou o TCLE adequadamente.

Recomendações:

Informar mudanças metodológicas, caso ocorram, junto ao CEP.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.382.934

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

O projeto apresentado possui todos os elementos para análise ética do estudo envolvendo seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1315444.pdf | 05/04/2019 19:41:11 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Instituicao_infraestrutura.pdf | 05/04/2019 19:39:57 | Angélica da Silva Araujo | Aceito |
| Orçamento | Orçamento.docx | 05/04/2019 19:39:45 | Angélica da Silva Araujo | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.docx | 05/04/2019 19:39:33 | Angélica da Silva Araujo | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 05/04/2019 19:23:28 | Angélica da Silva Araujo | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 05/04/2019 19:21:19 | Angélica da Silva Araujo | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 05/04/2019 19:19:30 | Angélica da Silva Araujo | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 11 de Junho de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.382.934

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) _____

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de doutorado intitulada “**Construções teóricas sobre o raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais *experts* no Método Terapia Ocupacional Dinâmica**”, desenvolvida por mim, Angélica da Silva Araújo, aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Prof^a Dr^a Sabrina Helena Ferigato.

1. Objetivo e justificativa do estudo

O objetivo geral deste estudo é construir uma compreensão teórica sobre o raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais *experts* que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) como referencial teórico-metodológico para condução de suas práticas assistenciais.

As justificativas para realização desta pesquisa são as seguintes: ainda se sabe pouco sobre como os referenciais teórico-metodológicos utilizados por terapeutas ocupacionais na prática sustentam o raciocínio profissional; ainda se sabe pouco sobre como aspectos relacionados aos conhecimentos não proposicionais (implícitos, tácitos, derivados da experiência profissional e pessoal, e não encontrados em materiais didáticos) sustentam e influenciam o raciocínio profissional; o MTOD é um referencial ainda em construção, e devido a isso, necessita de mais estudos para sua ampliação.

2. Participantes do estudo, critérios de inclusão e de exclusão

Os participantes deste estudo serão terapeutas ocupacionais *experts* que utilizam o referencial teórico-metodológico Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) para condução de suas práticas assistenciais.

Critérios de inclusão: ser terapeuta ocupacional com especialização no MTOD concluída no mínimo 5 anos antes da participação neste estudo; estar atuando como terapeuta ocupacional em ao menos um contexto de prática, seja público ou privado; ser nomeado como *experts* por pares.

Critérios de exclusão: ser terapeuta ocupacional com especialização no MTOD concluída há menos de 5 anos no momento da participação neste estudo; ter especialização no MTOD há mais de 5 anos no momento da participação deste estudo mas não estar inserido em nenhum contexto de prática.

3. Procedimentos

Caso aceite participar, a coleta de dados ocorrerá em dois momentos. No primeiro momento você responderá um questionário sociodemográfico (duração prevista de 5 minutos) e uma entrevista (duração prevista de 30 minutos). Essa primeira etapa será realizada individualmente, em local, dia e horário de sua preferência. No segundo momento, você será convidado a participar de grupos focais (duração prevista de 1 hora e 30 minutos) com outros terapeutas ocupacionais participantes deste estudo. Esses grupos focais serão realizados no Centro de Especialidades de Terapia Ocupacional (CETO), instituição responsável pela oferta do curso de especialização no MTOD, localizada na cidade de São Paulo.

Tanto a entrevista quanto os grupos focais serão audiogravados.

4. Riscos e benefícios de sua participação

Os riscos e/ou desconfortos da participação no estudo são mínimos relacionado a possíveis constrangimentos ao falar sobre seus pensamentos na condução de suas práticas assistenciais. Para sanar esse risco, é fundamental que você esteja consciente de que tem total liberdade para participar ou não desta pesquisa e/ou de se recusar a responder quaisquer questões que lhe gerem desconforto.



Acerca dos benefícios, ao participar dessa pesquisa você poderá contribuir na ampliação de compreensões sobre o raciocínio profissional de terapeutas ocupacionais brasileiros e terá o benefício de refletir sobre sua prática profissional ao expressar o raciocínio que utiliza.

5. Considerações gerais

Sua identidade será mantida em sigilo, pois ao longo do estudo seu nome será substituído por números ou nomes fictícios. Também não serão citados quaisquer nomes ou lugares que você venha a mencionar na entrevista ou nos grupos focais. Com isso, seu o anonimato e o das pessoas eventualmente citadas por você, serão garantidos.

Você não terá gastos financeiros e não receberá qualquer pagamento por sua participação. Os registros desta pesquisa (suas respostas ao questionário, as gravações das entrevistas e dos grupos focais, as datas de coleta) ficarão arquivados e só terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos.

Ao término deste estudo, os resultados serão divulgados em meios de comunicação, tais como eventos e revistas científicas.

Sua participação não é obrigatória. Além disso, mesmo que aceite participar você terá o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem precisar apresentar justificativas para essa desistência, e não será prejudicado de maneira nenhuma por isso.

Você terá direito a indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Comprometo-me a prestar informações e esclarecimentos adicionais a respeito da pesquisa caso você deseje. Neste caso, é possível me contatar pelo telefone (16) 98109-2913, pelo e-mail angelicadsaraujo@gmail.com ou pelo endereço do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) - Rodovia Washington Luis s/n, km 235 - CEP: 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil. É possível também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos através do telefone (16) 3351-8028 ou do endereço Pró-Reitoria de Pesquisa (ProPq) - Rodovia Washington Luis s/n, km 235 - CEP: 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil.



Assinatura do Pesquisador

Consentimento Pós-Informação

Declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Declaro também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, rubricada e/ou assinada pelo pesquisador e por mim em todas as suas páginas, e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Participante

Observações: este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante, e deverá ser rubricado/assinado em todas as suas páginas pelo participante e pelo pesquisador.

APÊNDICE 2 - FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES**FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES**

Nome:

Participante nº:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Sexo:

Idade:

Instituição na qual cursou a graduação em Terapia Ocupacional:

Ano que concluiu a graduação em Terapia Ocupacional:

Ano de início e de término da formação clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica:

Outras pós-graduações (lato sensu e/ou stricto sensu):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Experiências profissionais anteriores:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Local de trabalho atual e mês/ano no qual iniciou:

APÊNDICE 3 - ROTEIROS UTILIZADOS NAS ENTREVISTAS INTENSIVAS

| Entrevista | Participante | Perguntas |
|----------------|--------------------|---|
| 01, 02, 03, 04 | TO1, TO2, TO3, TO4 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Para você o que é raciocínio clínico? 2. Você poderia me contar um caso clínico que você acompanha ou acompanhou que exemplifique o seu raciocínio clínico? 3. Seu raciocínio clínico foi mudando ao longo da sua carreira? Como? Você consegue contar alguns momentos ou algumas situações que te ajudaram a pensar de um modo diferente? 4. Você acha que o que você vive em sua vida pessoal tem influência na construção do seu raciocínio clínico? Como? 5. Você já vivenciou alguma situação em que agiu de modo que te pareceu correto e necessário, mas que você não sabia o porquê, como se você tivesse feito algo sem pensar? 6. Você acha que suas percepções/sensações corporais influenciam seu raciocínio clínico? Como? 7. Como você acha que o referencial teórico-metodológico que você utiliza (o MTOD) influencia/sustenta seu raciocínio clínico? |
| 05 | TO5 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Para você o que é raciocínio clínico? 2. Você poderia me contar um caso clínico que você acompanha ou acompanhou que exemplifique o seu raciocínio clínico? 3. Você acha que trabalhar utilizando o MTOD traz características específicas ou peculiares pros seus atendimentos? Se sim, quais? 4. Você busca organizar seus atendimentos de acordo com os conceitos do MTOD? 5. Seu raciocínio clínico foi mudando ao longo da sua carreira profissional? Se sim, como? E o que contribuiu para essas mudanças? 6. Você acha que o MTOD “sustenta” o seu raciocínio clínico? 7. O que são resultados para você? 8. Como você acha que a ética entra no seu raciocínio clínico? 9. Ser observadora te ajuda a construir seu raciocínio clínico? Quais características suas você diria que ajuda a construir seu raciocínio clínico? |
| 06 | TO1 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jô, em minhas entrevistas eu tenho percebido que o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais experts é sustentado nos conceitos do MTOD e também na construção de um caminho a ser seguido, em uma sequência que estrutura, organiza a prática. Qual é esse caminho a ser seguido, essa sequência? 2. O caminho que o MTOD propõe é o caminho “diagnóstico situacional, estabelecimento e manejo da relação triádica e trilhas associativas”? 3. Esse caminho que o MTOD propõe é dinâmico? Esses processos vão acontecendo todos ao mesmo tempo? 4. O que seriam resultados em uma prática sustentada pelo MTOD? 5. Você me disse na sua primeira entrevista que pra ter um raciocínio clínico é necessário se afastar do que é moral, teórico, protocolar, pré-estabelecido. E se aproximar da observação dos fenômenos, da admiração, da curiosidade, do inédito, da invenção e da ficção. Pois só assim é possível encontrar a singularidade dos sujeitos e a singularidade no uso dos objetos. Eu posso dizer que isso faz parte de uma dimensão ética-estética do raciocínio clínico? 6. Eu posso dizer que a ética faz parte da dinâmica do raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais que atuam com base no MTOD? Que a ética não é apenas um conceito sobre o qual elas pensam em algumas situações, mas que ela está presente ao longo de toda a prática? Que o raciocínio clínico tem uma dimensão ética? |
| 07 | TO6 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Para você o que é raciocínio clínico? 2. Você acha que o seu raciocínio clínico tem um caminho, uma sequência? Como que ele funciona? Quais processos de pensamento estão envolvidos? 3. Seu raciocínio clínico te ajuda a organizar sua prática? |

| | | |
|----|-----|---|
| | | <p>4. Você poderia me contar um caso clínico que você acompanha ou acompanhou que exemplifique o seu raciocínio clínico?</p> <p>5. Você acha que em seu raciocínio clínico você utiliza um caminho composto pelos processos de: coletar informações, observar, memorizar, fazer associações e construir hipóteses?</p> <p>6. Quais processos de pensamento estão envolvidos quando você está manejando a relação triádica?</p> <p>7. O que são resultados para você?</p> <p>8. Como você diria que o MTOD te ajuda a decidir o que é certo ou o que é melhor fazer em determinado contexto e com determinado paciente?</p> <p>9. Você acha que o caminho “diagnóstico situacional, relação triádica e trilhas associativas” é um caminho geral do MTOD mas que o seu raciocínio clínico é um caminho particular que você vai percorrer com cada sujeito?</p> <p>10. O que uma terapeuta ocupacional precisa saber pra fazer terapia ocupacional no MTOD?</p> <p>11. Você acha que o seu raciocínio clínico tem uma dimensão ética?</p> <p>12. Seu raciocínio clínico foi mudando ao longo da sua carreira profissional? Se sim, como?</p> <p>13. Você faz supervisão? Se sim, no que você diria que a supervisão te ajuda?</p> |
| 08 | TO7 | <p>1. Para você o que é raciocínio clínico?</p> <p>2. O que compõe o seu raciocínio clínico?</p> <p>3. Como você utiliza o MTOD para construir seu raciocínio clínico?</p> <p>4. Eu poderia dizer que o MTOD “sustenta” seu raciocínio clínico?</p> <p>5. Seus pensamentos são direcionados a construir uma prática que vai percorrer o caminho dinâmico que o Método propõe? Os processos: Diagnóstico Situacional, Relação Triádica e Trilhas Associativas?</p> <p>6. Você poderia me contar um caso clínico que você acompanha ou acompanhou que exemplifique o seu raciocínio clínico?</p> <p>7. Eu posso dizer que você constrói as suas compreensões do caso a partir dessa construção do diagnóstico situacional e também do estabelecimento e do manejo da relação triádica? Você constrói compreensões e decide como agir a partir disso?</p> <p>8. Eu posso dizer que ao construir seu raciocínio clínico você emprega os processos de observação, informação, associação?</p> <p>9. Quais são os objetivos/resultados/propósitos que você busca alcançar?</p> <p>10. Você também pensa em outros conceitos do MTOD? Em quais você pensa e como?</p> <p>11. Como você acha que a ética entra em tudo isso?</p> <p>12. Você acha que tem alguma característica sua enquanto terapeuta ocupacional que te ajuda no processo de raciocínio clínico?</p> <p>13. Você poderia falar um pouco mais de como seu raciocínio clínico foi mudando ao longo da sua carreira? Como ele era no início e como ele é agora?</p> <p>14. Você acha que seu raciocínio clínico é rápido, intuitivo? Quais palavras você usaria para caracterizá-lo?</p> <p>15. O que você acha que contribuiu pra essas mudanças?</p> <p>16. Seu raciocínio clínico vai sendo construído aos poucos ao longo dos atendimentos?</p> <p>17. Você acha que vivências na sua vida pessoal te ajudam de alguma maneira no raciocínio clínico?</p> <p>18. Você usa algum outro referencial teórico na sua prática além do MTOD? Se sim, isso entra como recurso na sua prática?</p> |
| 09 | TO8 | <p>1. Para você o que é raciocínio clínico?</p> <p>2. Você poderia me contar um caso clínico que você acompanha ou acompanhou que exemplifique o seu raciocínio clínico?</p> <p>3. Seu raciocínio clínico te ajuda a organizar suas práticas?</p> <p>4. Você constrói as suas práticas de acordo com o MTOD? Se sim, como isso funciona? O que você pensa para construir uma prática de acordo com o MTOD?</p> <p>5. É diferente você estruturar, organizar a sua prática de acordo com outro referencial teórico, que você usa como recurso, e você estruturar, organizar a sua</p> |

| | | |
|----|------|---|
| | | <p>prática de acordo com o MTOD?</p> <p>6. Você organiza sua prática de acordo com os processos Diagnóstico Situacional, Relação Triádica e Trilhas Associativas?</p> <p>7. Como você vai construindo as suas compreensões sobre o caso que você está atendendo?</p> <p>8. Conforme você vai construindo seu Diagnóstico Situacional você vai ao mesmo tempo estabelecendo e manejando uma Relação Triádica?</p> <p>9. Como você decide quais vão ser as suas ações?</p> <p>10. Eu posso dizer que você decide quais vão ser suas ações a partir do Diagnóstico Situacional e da Relação Triádica que você vai construindo?</p> <p>11. Você acha que com tudo isso na cabeça você emprega um raciocínio que busca encontrar a singularidade da pessoa que você está atendendo?</p> <p>12. Quais são os objetivos finais/metabolismos/resultados que você busca na sua prática?</p> <p>13. Como você pensa sobre a ética-estética na sua prática?</p> <p>14. Você acha que não encaixar o sujeito em uma teoria ou em algo pré-estabelecido tem a ver com a ética-estética?</p> <p>15. Como você caracterizaria o seu raciocínio clínico no início da sua carreira, quando você era uma iniciante?</p> <p>16. Você faz supervisão atualmente?</p> <p>17. Você faz registros escritos dos seus atendimentos? Se sim, esses registros te ajudam a construir seu raciocínio clínico?</p> <p>18. Como você caracterizaria o seu raciocínio clínico? Você acha que ele é rápido, intuitivo? Que palavras você usaria pra caracterizar sua forma de pensar?</p> |
| 10 | TO9 | <p>1. Para você o que é raciocínio clínico?</p> <p>2. Você poderia me contar um caso clínico que você acompanha ou acompanhou que exemplifique o seu raciocínio clínico?</p> <p>3. Você acha que o MTOD sustenta esses seus pensamentos? Se sim, como?</p> <p>4. Pelo que estou entendendo, você vai construindo suas compreensões para depois tomar decisões sobre como agir, certo?</p> <p>5. Nesse processo, você pensa sobre aqueles processos principais do MTOD (diagnóstico situacional, relação triádica, trilhas associativas)?</p> <p>6. Você acha que o diagnóstico situacional e o estabelecimento e manejo da relação triádica estão sempre presentes?</p> <p>7. Você utiliza os processos de coletar informações, fazer observações, fazer memorizações, fazer associações, estabelecer um espaço de historicidade e construir narrativas? Se sim, esses processos te ajudam de alguma maneira a organizar o seu pensamento?</p> <p>8. Você faz registros escritos dos seus atendimentos? Se sim, como esses registros te ajudam a construir seu raciocínio clínico?</p> <p>9. Você faz supervisão? Se sim, como a supervisão te ajuda a construir seu raciocínio clínico?</p> <p>10. Como seu raciocínio clínico foi mudando ao longo da sua carreira? O que contribuiu para essas mudanças?</p> <p>11. Nós já citamos vários conceitos do MTOD sobre os quais você pensa na sua prática. Tem algum outro que você gostaria de destacar?</p> <p>12. Quais são os objetivos/resultados que você busca alcançar?</p> <p>13. Como você decide quais vão ser suas ações?</p> <p>14. Você acha que ter a formação no MTOD e fazer uma prática que você se baseia principalmente no MTOD traz quais particularidades para sua prática (comparando com a Terapia Ocupacional de modo mais geral)?</p> |
| 11 | TO10 | <p>1. Para você o que é raciocínio clínico?</p> <p>2. Você poderia me contar um caso clínico que você acompanha ou acompanhou que exemplifique o seu raciocínio clínico?</p> <p>3. O MTOD “sustenta” o seu raciocínio clínico?</p> <p>4. Como você constrói suas compreensões?</p> <p>5. Seu raciocínio clínico vai sendo construído ao longo da construção do diagnóstico situacional e ao mesmo tempo ao longo do estabelecimento e manejo da relação triádica?</p> |

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---|
| | | <p>6. Como você decide como você vai agir?</p> <p>7. Como você avalia sua prática? O que são resultados para você?</p> <p>8. O MTOD traz um eixo que é fazer observações, coletar informações, fazer memorizações, fazer associações, estabelecer um espaço de historicidade e construir narrativas. Você pensa sobre esse eixo? Se sim, você acha que ele te ajuda a organizar seu raciocínio clínico?</p> <p>9. Você acha que tem elementos da sua vida pessoal ou características pessoais suas que te ajudam no seu raciocínio clínico?</p> <p>10. Você acha que ao longo da sua carreira seu raciocínio clínico foi mudando? Se sim, como?</p> <p>11. O que você acha que te ajudou nessas mudanças no seu raciocínio clínico?</p> <p>12. Você faz supervisão?</p> |
| 12. Entrevista em grupo | TO1, TO2, TO3 e TO4 | <p>1. Vocês acham que, tanto o Diagnóstico Situacional quanto as Trilhas Associativas são investigativas e cognitivas? No sentido de ir selecionando elementos que precisam ser clarificados e significados? E a Relação Triádica? Ela é mais fluída, livre e dinâmica? Será que ela é menos cognitiva?</p> <p>2. Como o afeto e o sentir, permeiam o raciocínio clínico de vocês? O que é cognitivo-corporificado?</p> <p>3. Como vocês sabem que a Relação Triádica está em movimento?</p> <p>4. Quando vocês acham que “param para pensar” e “pensam-na-ação”? Será que esse “param para pensar” está mais presente no Diagnóstico Situacional e esse “pensam-na-ação” está mais presente na Relação Triádica e nas Trilhas Associativas?</p> <p>5. Como construir um raciocínio clínico sem partir de conteúdos pré-concebidos e/ou teóricos?</p> <p>6. Como funciona a construção de hipóteses no raciocínio clínico de vocês?</p> |

