

O *sentir* do terapeuta ocupacional na relação terapêutica

Delfina Maria Trabulo Palhau

Instituto Politécnico do Porto
Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

O *Sentir* do Terapeuta Ocupacional na Relação Terapêutica

Delfina Maria Trabulo Palhau

2010

Dissertação apresentada no mestrado em Terapia Ocupacional, Área de Especialização em Saúde Mental, Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, orientada pelo Professor Doutor António José Marques (E.S.T.S.P. – I.P.P.)

...

... um humilde contributo...

... a todos nós terapeutas ocupacionais - pessoas, no prazer e desprazer, nas emoções e sentimentos, que vivemos conjuntamente com os nossos clientes - pessoas, na relação terapêutica, na ocupação terapêutica

... no sorriso... na lágrima ao canto do olho...

Agradecimentos

... agradecer... ... como o fazer?... ... vivo sempre esta indecisão...

“ *agradeço ou não agradeço?*” ... até é facultativo...

... colocar umas pessoas e outras não... pois a minha vida e tudo o que me rodeia contribuíram para a sua realização... os meus agradecimentos serão sempre escassos. Esquecerei sempre alguém, algo... até porque de certeza que há contributos fundamentais que eu nem sequer consegui consciencializar...

... sei lá!... os colegas, terapeutas ocupacionais, com quem conversei ao longo da vida profissional... os clientes com quem partilho a minha vida profissional... as tristezas... as alegrias... as emoções... os que me ajudaram a lê-lo, na correcção de erros ... (e que atabalhoada que eu sou!... e tantas vezes!) ... os que se mostraram sempre disponíveis para me ajudar... e os que ouviram as minhas lamurias, de ter que o fazer em época de verão!? (quentíssimo por sinal!)... os que não me deram ouvidos... os que me ajudaram a pensar como elaborar esta reflexão... os que contribuíram com os seus estudos já realizados ... os que pensaram e publicaram o seus saberes... a literatura para que me ajudou reformular e justificar a continuidade do meu pensamento e saber... e ... outros...

Aos que devia ter dado mais atenção, e, não tive essa disponibilidade.

Mas há um agradecimento muito particular! É para os colegas, terapeutas ocupacionais, meus entrevistados – a minha amostra, tanto pela disponibilidade de tempo, como pela da forma desinteressada e extremamente amável que me receberam, pela forma como me confiaram as suas opiniões, as suas confidências, emoções e vivências, Alguns já os conhecia e outros, que tive o prazer de os conhecer pela primeira vez, para a elaboração da entrevista. Não os identifico um a um, porque estabelecemos um pacto de confidencialidade. Aos vinte entrevistados, os meus colegas terapeutas ocupacionais, os meus melhores agradecimentos. Agradeço-lhes muito, não só porque só com eles ser possível esta reflexão, mas muito especialmente, o que eles reflecti e aprendi. Foi mesmo muito bom! Obrigado

Agradeço ao terapeuta ocupacional, Professor Doutor António Marques, meu orientador, essencialmente pela liberdade que me confiou na elaboração desta reflexão.

RESUMO

A literatura específica e o percurso da terapia ocupacional ilustram a contínua preocupação e a percepção da importância da relação terapeuta/cliente para o sucesso da ocupação terapêutica e consequentes resultados positivos da terapia. Isto não significa que exista um grande aprofundamento desta temática e consensos quanto aos factores e competências que a influenciam e lhe estão inerentes. Apesar de haver algumas referências de como o terapeuta deve estar, não tem sido abordado como o terapeuta sente e vive a relação terapêutica.

O objectivo principal deste estudo é contribuir para a importância da postura técnica e simultaneamente subjectiva de cada terapeuta ocupacional, no contexto terapêutico. Pretende-se perceber a forma como o terapeuta ocupacional vivencia alguns aspectos que o acompanham no processo terapêutico que é manifesto nas suas atitudes e se reflectem na qualidade da intervenção terapêutica e complementarmente na sua vivência pessoal.

Usou-se a metodologia qualitativa, a entrevista semi-estruturada e a análise de conteúdo, por valorizar a subjectividade, indo ao encontro do objectivo definido. A amostra integrou vinte terapeutas ocupacionais, com mais de dez anos de experiência profissional e cinco da actual área de especialização profissional - Crianças e Jovens; Medicina Física e Reabilitação, Saúde Mental Adultos e outra de diversos (Toxicodependência, Geriatria e Comunidade).

Concluimos que a relação terapêutica em terapia ocupacional é referida como sendo o primeiro passo no investimento terapêutico, para a maioria não é considerada um procedimento técnico, mas produto do bom senso, “dom” da pessoa / terapeuta e vivenciam as emoções e sentimentos do contexto terapêutico, solitariamente e ou com a família, alguns com colegas e poucos numa equipa organizada.

ABSTRACT

The specific Literature and the route of occupational therapy illustrate the continuing concern and the awareness of the importance of the relationship between therapist and client to the success of therapeutic occupation and subsequent positive results of therapy. This does not mean that there is a deeper understanding of this subject and consensus on the factors and skills that influence and are inherent to it. Although there are some references on how the therapist should behave, there have not been any references addressed on how the therapist feels and lives the therapeutic relationship.

The main objective of this study is to contribute to the importance of both subjective and technical posture of each occupational therapist in a therapeutic context. One expects to understand how the occupational therapist experience some aspects that accompany the therapeutic process that is expressed in their attitudes and are reflected in the quality of therapeutic intervention and in addition in their personal lives.

It was used the qualitative methodology, semi-structured interviews and content analysis, for valuing subjectivity, meeting the target set. The sample integrated twenty occupational therapists with over ten years of experience and five in the current area of professional expertise – Children and Youth, Physical Medicine and Rehabilitation, Adult Mental Health and several other (Drug addiction, Geriatric and Community).

It was concluded that the therapeutic relationship in occupational therapy is referred to as the first step in the therapeutic investment, for the majority it is not considered a technical procedure, but a product of common sense, a "gift" of a person / therapist and they experience the emotions and feelings of this therapeutic context, alone and/ or with their family, with some colleagues and few integrated in an organized team.

RÉSUMÉ

Littérature et l'itinéraire précis de l'ergothérapie illustrent la préoccupation continue et de sensibilisation à l'importance de la relation entre le thérapeute et son client à la réussite de l'occupation thérapeutique et par conséquent les résultats positifs de la thérapie. Cela ne signifie pas qu'il ya une compréhension plus profonde de ce grand consensus et sur les facteurs et les compétences qui influencent et sont inhérents. Bien qu'il existe des références sur la façon dont le thérapeute doit être, n'a pas été abordé que le thérapeute se sent et vit la relation thérapeutique.

L'objectif principal de cette étude est de contribuer à l'importance de la posture subjective et technique de chaque ergothérapeute dans un contexte thérapeutique. Vous voulez voir comment l'expérience ergothérapeute certains aspects qui accompagnent le processus thérapeutique qui est manifeste dans leur attitude et se reflètent dans la qualité des interventions thérapeutiques et complémentaires dans leur vie personnelle.

Nous avons utilisé la méthodologie qualitative, des entretiens, semi-structurés et l'analyse de contenu, pour évaluer la subjectivité, éteindre l'objectif fixé. Un échantillon intégré vingt ergothérapeutes avec plus de dix années d'expérience et cinq de la zone actuelle de l'expertise professionnelle - Enfance et jeunesse, médecine physique et réadaptation, santé mentale pour adultes et plusieurs autres (toxicomanie, gériatrique et communautaire).

Nous concluons que la relation thérapeutique en ergothérapie est appelé la première étape thérapeutique dans l'investissement pour la plupart n'est pas considérée comme une procédure technique, mais un produit de bon sens, «don» de la personne / thérapeute et de l'expérience des émotions et des sentiments de son contexte thérapeutiques, et solitaire ou en famille, avec quelques collègues et une équipe de quelques organisée.

INDICE

Introdução	9
Capítulo I – O terapeuta no contexto terapêutico da terapia ocupacional	15
1. A relação com o outro ... eu e os outros...	16
2. O terapeuta e a relação terapêutica ...terapeuta ... cliente ...	18
3. O terapeuta ocupacional na terapia ocupacional	
...terapeuta... ocupacional ... terapia ocupacional...	25
3.1. ... os autores...	25
3.2. ... as correntes de pensamento...	29
4. O terapeuta ocupacional na relação terapêutica	
... terapeuta ocupacional... cliente ... actividades... ... ocupação...	31
CAPITULO II	41
1. A escolha da metodologia	42
1.1. Entrevista	44
1.2. Análise das entrevistas	48
2. Caracterização da amostra	49
3. Trabalho de campo	51
3.1. A importância de se abordar o tema:	
“o sentir do terapeuta na relação terapêutica”	55
3.1.1. Definir relação terapêutica	57
3.1.2. Comunicação	58
3.1.3. Empatia	59
3.2. Formação académica	61
3.3. A vivência da relação terapêutica no percurso profissional	64
3.3.1. Postura inicial do terapeuta ocupacional na actividade profissional, perante a relação terapêutica	64
3.3.2. Postura actual do terapeuta ocupacional na actividade profissional, perante a relação terapêutica	65
3.4. Gestão das emoções	67
3.4.1. Vivencia emocional no percurso da vida profissional	67
3.4.2. Como aprendeu a gerir as emoções	68

3.4.3 Exteriorização de sentimentos e emoções perante os clientes	70
3.4.4 Situações mais difíceis de gerir emocional	70
3.4.5. A gestão da vivências dos preconceitos	71
3.4.6. Os doentes são iguais ou não, para o terapeuta no contexto terapêutico	72
3.4.7. A vivência da vida privada, interfere ou não na relação terapêutica	73
3.4.8. A vivência na relação terapêutica, influencia ou não a vida privada	75
3.4.9. Relacionamentos pessoais mais significativos no contexto relacional	75
3.4.10. Suportes para ajudar a gestão de sentimentos e emoções no percurso da vida profissional	77
3.4.11. O investimento na relação terapêutica como forma de prazer e ou trás benefícios terapeuta ocupacional	78
3.5. Aspectos importantes a ter em atenção na relação terapêutica	79
3.5.1. Responsabilização pela relação	79
3.5.2. Importância dos tempos em terapia	80
3.5.3. Os limites em terapia	81
3.6. Aliança terapêutica	83
3.7. Propostas para se poder pensar a relação terapêutica	83
3.8. Propostas para uma melhoria da aprendizagem académica no que diz respeito à relação terapêutica	84
3.9. Como se cuidam os terapeutas ocupacionais na ocupacional, tendo em conta a relação terapêutica	86
3.10. Considerações finais relacionadas com a entrevista	87
4. Discussão dos resultados	88
5. Conclusão	104
BIBLIOGRAFIA	110

INTRODUÇÃO

A proposta de se estudar, investigar e reflectir uma determinada temática, está ligada ao interesse de aprofundar uma determinada área científica num contributo inovador e importante para a comunidade a que se destina. Mas, não menos importante, é o interesse pessoal e a dedicação que se presta a um determinado assunto, no percurso de vida pessoal e profissional. Outro dos objectivos, este muito de carácter pessoal – profissional desta reflexão, é que nela sejam envolvidos os terapeutas ocupacionais. Assim, o primeiro procedimento deste estudo, foi encontrar uma forma de reflectir o tema - o sentir do terapeuta ocupacional na vivência da relação terapêutica, correspondente ao percurso de vida profissional, académico e ao interesse do investigador, que simultaneamente contribua para o enriquecimento da fundamentação da terapia ocupacional, nos aspectos ligados ao *sentir* pessoal na vivência do terapeuta ocupacional no processo terapêutico. Partimos do princípio de que o terapeuta ocupacional, no contexto terapêutico, valoriza e desenvolve o seu desempenho profissional na relação terapêutica onde se evidencia a sua capacidade técnica e prática, de comunicação e de relação, tornando-se assim, uma das partes integrantes e importantes deste processo.

Este estudo, tem por base uma investigação teórica, bibliográfica, o contributo de “conversas” e troca de experiências com colegas no percurso de vida, da experiência profissional intimamente ligada à relação terapêutica, à prática da terapia ocupacional e a um interesse óbvio e particularmente pessoal por este tipo de temática. Parte de interrogações de como o terapeuta ocupacional entende e se *sente* na relação terapêutica, se esta é uma aprendizagem técnica, ou uma capacidade de característica própria/inata, um “*dom*” da pessoa terapeuta; ou uma combinação das características da personalidade e da técnica; ou é inerente à técnica específica aplicada à situação clínica diagnosticada; ou se é independente ou é inerente à técnica / ocupação.

O desassossego, que se nos coloca no decorrer dos nossos percursos profissionais, enquanto elaboramos o nosso percurso profissional em simultâneo com o pessoal.

O interesse por se reflectir o *sentir* do terapeuta ocupacional na relação terapêutica, surge da preocupação e / ou motivação profissional / pessoal, neste caso, a de se ser terapeuta, a relação com o outro, a prática em terapia e a forma como os diferentes sistemas interagem no conjunto terapêutico. Esta motivação para além de estar intimamente associada ao ser terapeuta no desempenho profissional é a de poder

contribuir para que seja dada importância e um cuidado especial à pessoa terapeuta. O facto da não existência de uma preocupação com o terapeuta ocupacional como pessoa, de como *sente*, como está capacitado e como pode gerir o seu *sentir* de uma forma mais confortável, saudável e profissional, foi uma das principais motivações para este estudo.

O *sentir* do terapeuta ocupacional na relação terapêutica, o pensamento sistémico, surge da necessidade e do envolvimento pessoal acerca desta interligação, tendo em conta os princípios humanistas que têm fundamentado estas escolhas e a percepção de que não se dá ao terapeuta a importância como pessoa nas suas particularidades pessoais, mais subjectivas. O encontro com a terapia numa perspectiva sistémica impulsionou o voltar a repensar, questionar e a fundamentar o papel e o *sentir* da pessoa / terapeuta, a sua especificidade e a sua integração em paralelo no sistema terapêutico.

Na relação terapêutica o *sentir* do terapeuta ocupacional continua a ser uma lacuna na área de investigação, apesar das muitas abordagens teóricas existentes sobre a importância da relação terapêutica na qualidade no processo terapêutico. Percebe-se que a literatura e a dedicação a este tema é imensamente rica, mas na terapia ocupacional é pouco estudada.

Percebe-se que numa abordagem académica, na formação dos terapeutas ocupacionais, há a transmissão de valores, há alguma abordagem teórica da importância da relação e dos seus benefícios terapêuticos, numa perspectiva unilateral do terapeuta para o cliente, e, pouco se questiona o *sentir* do terapeuta. Paralelamente ao que acontece numa aprendizagem académica, existem estudos em que se aborda a sua importância e o seu contributo no contexto terapêutico, sem no entanto se estudar as concretas capacidades e o sentir do terapeuta neste processo. Fica a sensação, esta também pouco sólida, de que se parte do princípio óbvio e intuitivo, que por se abordar e transmitir um saber teórico, a pessoa / terapeuta fica capacitada a aplicar e lidar convenientemente com os seus clientes e consigo próprio, de uma forma técnica e eficaz. É como se a pessoa terapeuta não fosse considerada como um instrumento único e subjectivo no sentir, que influencia e o torna fundamental no sucesso do processo terapêutico. Parece partir-se do princípio de que o terapeuta, pelo papel que desempenha, estará à partida imune às influências do outro, ao seu *sentir*.

Vulgarmente diz-se que a ocupação faz “bem à saúde” tal como o ser humano é naturalmente relacional. No entanto, a ocupação terapêutica tal como a relação terapêutica, tem a particularidade de ser terapêutica. Como tal, tem de ser um conhecimento e uma abordagem baseada em conhecimentos científicos, numa atitude profissional.

Na Terapia Ocupacional, deparamo-nos com a contínua necessidade de abordar e aperfeiçoar os aspectos relacionados com o papel e as capacidades do terapeuta, no lidar com a sua subjectividade, com o seu poder, com o *setting* terapêutico, com o tempo em terapia, no contexto terapêutico. São aspectos fundamentais, por interferirem directamente, na relação terapêutica, tendo em conta as personalidades do terapeuta e cliente, os seus papéis e as circunstâncias, por ambos sentidos, no “momento presente”. Por outro lado, “relação terapêutica” com imagem de “relação empática”, ocupa um lugar importante na literatura, num conhecimento unicamente teórico.

A ocupação como o elemento significativo e comum no contexto terapêutico da terapia ocupacional, em qualquer das suas áreas de intervenção clínica.

Na terapia ocupacional, a relação terapêutica, é actualmente considerada como prioritária no processo de tratamento. É sentida como importante e primordial para o sucesso terapêutico do cliente. São fornecidos ao terapeuta ocupacional alguns princípios teóricos e “conselhos” como se deve colocar na relação, mas não se lhe fornece ferramentas de como o fazer, nem a oportunidade de ter consciência do que é estar-se próximo de alguém, que também é sentir, expor-se e ver-se no outro, nas suas fragilidades e pontos fortes.

O objectivo é reflectir teoricamente e directamente com os terapeutas ocupacionais, tendo por base os conhecimentos teóricos dos fundamentos da terapia ocupacional adquiridos e o sentir do terapeuta na sua prática directa com o cliente, na sua interligação, no desenrolar da relação terapêutica no sistema terapêutico.

O privilegiar-se a perspectiva sistémica, tem como princípio o facto de uma maior identificação com este pensamento e não a intenção uma crítica, nem uma rejeição de qualquer dos modelos e pensamentos que fundamentam a prática da terapia ocupacional. Pelo contrário, é a aceitação das opções individuais de como cada sistema e cada terapeuta se identificam, tanto nos seus valores subjectivos como objectivos, independentemente dos seus modelos teóricos ou tipo de prática. Valoriza-

se o sentir de cada terapeuta integrado nos diferentes sistemas e subsistemas da prática clínica, no contexto da relação terapêutica. Sabemos que em terapia ocupacional, a ocupação, é um elemento significativo e comum do contexto terapêutico em qualquer das suas áreas de intervenção clínica.

O objectivo principal, é o poder contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do terapeuta ocupacional durante o seu percurso profissional, percebendo a forma como vivencia alguns aspectos que o acompanham no processo terapêutico, que é manifesto nas suas atitudes que se reflectem na qualidade da intervenção terapêutica. Sabemos que em terapia ocupacional, a ocupação, é um elemento significativo e comum do contexto terapêutico em qualquer das suas áreas de intervenção clínica. Na ocupação a relação psíquica, social e física, estão intrinsecamente interligadas.

Por se tratar de questões de carácter muito vivencial, seguiu-se a escolha da metodologia de forma a dar um sentido adequado a este estudo. Elegeu-se uma metodologia qualitativa, por se pretender um contributo mais envolvente, particularizado e subjectivo, dos terapeutas ocupacionais. Tem como finalidade descrever, descodificar, dar atenção aos significados ao sentir dos terapeutas ocupacionais, assim como envolvê-lo nesta temática.

Os participantes deste estudo são no total vinte terapeutas ocupacionais, com dez anos de profissão e cinco de experiência profissional na área de trabalho actual. Distribuídos do seguinte modo: cinco de saúde mental, cinco de medicina física e de reabilitação, cinco de crianças e juventude e cinco de diversos (nestes estão integrados dois elementos da área da toxicodependência, 2 da área da geriatria e um elemento que exerce no Centro de Saúde.

O objectivo é perceber como os terapeutas ocupacionais estão consigo próprios e o seu investimento perante a relação terapêutica. Se esta é uma aprendizagem técnica e importante e / ou uma questão unicamente de “dom” e de “bom senso”. Assim como, a forma de investirem no aperfeiçoamento da técnica na relação terapêutica no percurso da sua prática clínica.

O fundamento filosófico segue o método fenomenológico; o objecto é o significado da experiência vivida pelos terapeutas ocupacionais no contexto da relação terapêutica. O paradigma científico que contextualiza este estudo é o construtivismo, pois requerer capacidade de interacção para identificar construções individuais de significado. O método qualitativo, cuja teoria, tem como fim comum criar um modelo de entendimento

profundo de ligações entre elementos, de falar de uma ordem que não é possível dividir.

Uma característica importante para este estudo, e inerente a esta metodologia, é que o investigador, com o guião da entrevista, é o próprio instrumento de pesquisa. Usa os seus sentidos para apreender o objecto de estudo sendo os terapeutas ocupacionais o objecto de estudo. O objectivo do estudo, consideramos que é o aprofundar/valorizar a importância da relação/contexto terapêutico na perspectiva do Terapeuta Ocupacional.

De acordo com a metodologia qualitativa, irá usar-se a entrevista semi-estruturada e a análise e tratamento do conteúdo. Pretende-se descrever, descodificar, dar atenção aos significados do sentir dos terapeutas ocupacionais, que no decorrer da entrevista, descreverão verbalmente as suas experiências. Estas serão gravadas (voz).

A metodologia qualitativa, pelas suas características inerentes é a que melhor poderá ir ao encontro do objectivo deste estudo. Esta valoriza a subjectividade e o ser humano como um todo, em permanente comunicação e interacção.

Este estudo parte com algumas limitações prévias, pela existência de imensa literatura acerca da relação terapêutica, por ser uma temática continuamente inacabada e pouco conclusiva, por variar de indivíduo para indivíduo, de contexto para contexto e a necessidade de uma grande disponibilidade de tempo necessária à elaboração do estudo (pesquisa).

Este estudo irá ser dividido essencialmente num capítulo que faz uma reflexão teórica de suporte à investigação e ao capítulo do desenvolvimento da metodologia qualitativa aplicada e o respectivo tratamento desta.

Pretendemos contribuir para teorizar e por em prática de uma forma inovadora o conceito – relação/contexto terapêutico, na perspectiva dos terapeutas ocupacionais nas diferentes áreas de actuação da Terapia Ocupacional, sendo necessário desenvolver-se como técnica e não ser unicamente aplicada mediante o bom senso de cada terapeuta.

A ideia desta investigação tem interesse científico, é eticamente e politicamente neutra.

Será uma temática continuamente inacabada, porque o que lhe está implícito é um dos aspectos do Homem, que está em contínua evolução e adaptação aos diferentes contextos, em que os sentimentos e emoções estão em causa.

A finalidade é ir ao encontro dos terapeutas ocupacionais, como pessoas, independentemente das áreas em que exercem as suas práticas clínicas e de poder proporcionar uma reflexão, para que a proximidade e a distância terapêutica seja eficaz e vivida por cada terapeuta de uma forma mais tranquila e profissional.

I CAPÍTULO

O terapeuta no contexto terapêutico da terapia ocupacional

“O cérebro alimenta-se de informação: a alma, de relação” (Matos, 2007, p. 61)

1. A relação com o outro

... eu e os outros...

É-se pessoa, em primeiro lugar, independentemente do papel que cada um de nós represente. Baseamo-nos na ideia da pessoa, como um ser único, com a sua própria história integrada na relação, nas histórias das múltiplas histórias que o circundam.

Partimos com base nos fundamentos do pensamento existencialista. O ser humano na sua existência é infinito pela forma como se descobre e se redescobre continuamente. Não existe na natureza humana uma essência a ser descoberta em definitivo. Há sempre novos horizontes, novos problemas, novos caminhos, novas oportunidades e novas soluções...

“O homem jamais é primeiramente do lado de cá do mundo como um «sujeito», pense-se este como «eu» ou como um ou como «nós». Nunca é primeiramente e apenas sujeito, que, na verdade sempre se refere, ao mesmo tempo, a objectos, de tal maneira que a sua essência consistiria na relação sujeito-objecto. Ao contrário, o homem primeiro é, em sua essência, ex-sistente na abertura do ser, cuja abertura ilumina o «entre» em cujo seio pode «ser» uma relação de sujeito e objecto.” (Heidgger, 1987, p. 80)

Existe a consciência de que o Homem é um ser em relação consigo próprio e com o meio envolvente. *“Os sistemas humanos, como todos os sistemas vivos, são abertos; por isso, as suas fronteiras devem ser permeáveis, para permitir que os recursos do ambiente neles penetrem.”* (Douglas, 2000, p. 46). É distinto na forma como gere as suas necessidades individuais, biológicas, psicológicas e sociais. Não pelas suas necessidades mais básicas de sobrevivência, mas pela forma como as conduz, no seu desempenho para as atingir e as projecta para o futuro, no sentido da actualização dos recursos individuais. Estas são determinantes, na forma como cada pessoa está na relação consigo próprio e com o outro. *“Um sistema humano não é, portanto, apenas um conjunto de indivíduos ou de um indivíduo com um conjunto de atributos: é uma entidade complexa em que as interacções são tão importantes quanto as partes integrantes. Em qualquer sistema humano, o todo é maior do que a soma das partes.”* (Douglas, 2000, p. 44). A comunicação é determinante para a forma como a interacção e a relação é estabelecida.

O comportamento humano é singular na sua natureza relacional determinada pela forma como comunica com o mundo que o rodeia e como este o influencia. “...quando sugerimos que qualquer comunicação implica um cometimento, um compromisso; e, por conseguinte, define a relação” (Watzlawick, 2001, p. 47). Não unicamente como um meio de informação, mas define a forma como os que comunicam se relacionam. Um sistema de comportamentos integrados, que se vão aferindo e integrando de forma a tornar possível as relações humanas. Sabe-se que é impossível não comunicar, “Podemos postular um axioma metacomunicacional da pragmática da comunicação: não se pode não comunicar” (Watzlawick, 2001, p. 47). Há um conjunto de regras que regula a comunicação, “toda a comunicação tem aspectos referências (conteúdo) e conativos (relacionais) de tal forma que os segundos classificam os primeiros e correspondem, por consequência, ao que se chama uma metacomunicação” (Osorio, 2000, p. 55). A metacomunicação sentida como a comunicação da comunicação. A natureza da relação dependente da pontuação das sequências comunicacionais entre os indivíduos comunicantes. O vínculo da interacção é a comunicação.

O contexto relacional pressupõe um contexto comum, em que cada uma das partes é influenciada através de trocas mútuas, num movimento de equilíbrios e desequilíbrios, na tentativa de encontrar uma estabilidade harmoniosa desse encontro. A relação transmite-se pela forma como se comunica, como se transmite a informação, verbal e não verbal e que por sua vez gera o comportamento. “Uma comunicação não só transmite informação mas, ao mesmo tempo, impõe um comportamento” (Watzlawick, 2001, p. 47).

Na relação, comunica-se com todo o corpo, com todas as sensações. Exterioriza-se por palavras, sensações, gestos, expressões de sentimentos e emoções, tal como cada um de nós, percebe e sente a dos outros “... Buber, descreve a Relação Eu – Tu como um encontro genuíno entre dois seres únicos, no qual ambos abertamente respiram a humanidade essencial do outro, aquilo que faz com que alguém seja único, irrepitível” (Ribeiro, 1993, p. 27).

A realidade vai sendo construída, apesar de não ser directamente perceptível, nem de imediato e nem directamente. Está-se no momento presente, *no aqui e agora*, com o que temos do nosso passado e com o que projectamos e desejamos para o futuro. Segundo o pensamento da gestalt, “A troca que se dá incessantemente entre o

organismo humano e o seu ambiente circundante em todas as áreas da vida, vincula a pessoa e o mundo, um ao outro de maneira inexplicável.” (Perls, 1997, p. 24).

O contacto, o estar próximo, permite perceber e sentir o outro a diferentes níveis, com as próprias possibilidades, de acordo com o que cada um é e com o que o outro tem. Intuitivamente, com um conhecimento adquirido naturalmente, sem uma aprendizagem de um conhecimento concreto de carácter técnico. Não necessitamos de uma aprendizagem concreta para nos relacionarmos uns com os outros. Aprende-se vivendo ...a escola da vida...

2. O terapeuta e a relação terapêutica

...terapeuta ... cliente ...

Na relação terapêutica, *“O terapeuta como ser humano, é básico”* (Whitaker, 1990, p. 26). A relação em terapia é uma relação humana *“... ela requerer um terapeuta que tenha retido a capacidade de ser pessoa”* (Whitaker, 1990, p. 26)..

Estar no papel de terapeuta, não implica que se esteja desprovido das suas características individuais, da sua personalidade, que não seja genuíno. O que o difere do cliente é a razão pela qual ali se encontram.

“Como pessoas a quem sucede sermos terapeutas, seríamos insensatos em não encarar seriamente o papel central de nossa personalidade, nossas suposições filosóficas e preconceitos pessoais no processo terapêutico. Nossas crenças sobre a natureza dos seres humanos, sobre o poder dos relacionamentos e a essência no papel de terapeuta são guias que dirigem nossas acções frequentemente sem consentimento consciente,” (Whitaker, 1990, p. 29).

Todos os papéis que se vão desempenhando no percurso de vida, em diferentes contextos, contribuem para a aquisição de novas competências, tanto a nível pessoal, familiar, social, profissional e conseqüentemente para a sua interligação e influência mútua. No entanto, a prática de cada um, tem desempenhos e especificidades diferentes. Estes necessitam de uma aprendizagem mais específica que vão para além dos conhecimentos adquiridos naturalmente, no percurso de vida. No entanto estes influenciam-se mutuamente e continuamente.

O terapeuta distingue-se do cliente, por ser detentor de um conhecimento específico e adquirido, que lhe confere o papel de profissional. Para o exercício da sua profissão necessita de um conhecimento teórico, prático e a disponibilidade de um olhar crítico para si próprio e para o outro. Conhecimentos estes, que contribuem para que se respeite a si próprio e ao outro, como ele é nas suas diferenças. O que essencialmente, deveria distinguir os terapeutas no seu desempenho, deveria ser o saber técnico, a atitude profissional, mesmo tendo em conta as diferenças inerentes a cada situação, como cada um é como pessoa, com a sua personalidade. Esta influencia a forma como os seus conhecimentos são assimilados e geridos na relação terapêutica. A forma como cliente e terapeuta se influenciam mutuamente, também é determinante na relação terapêutica, na intervenção em terapia.

As diferentes perspectivas teóricas de intervenção em terapia, dispensam uma importância significativa à compreensão do comportamento humano e fundamentalmente a forma como o terapeuta está como técnico em terapia. A escolha de uma das diferentes abordagens teóricas, o quadro referencial que enquadra o desempenho, está habitualmente relacionada, com a personalidade do terapeuta. Todos os modelos de referência da intervenção terapêutica, ligados à compreensão das reacções do comportamento humano na relação, mostram-se válidos pelo seu pensamento e pelos seus resultados na prática clínica. Não se pretende aqui defender particularmente nenhum, em detrimento de outro. Em todos existe a preocupação de como o terapeuta e cliente se colocam na vivência terapêutica, na relação e construção da aliança terapêutica. Fundamentalmente, demonstram consideração pelos princípios éticos do respeito e aceitação do outro e ensinamentos para uma aprendizagem específica para a sua aplicação.

Uma boa abordagem teórica fundamenta a técnica e adequa a prática, na intervenção terapêutica. A importância desta é a de se ter uma boa *ferramenta*, a que o terapeuta pode sempre recorrer e lhe facilitar a compreensão de si próprio e do outro, no seu desempenho no contexto terapêutico. O terapeuta deve sentir-se confortável com o tipo de abordagem que usa, pois o seu desempenho é essencialmente técnico e simultaneamente humano. *“Uma teoria é boa se capacitar o terapeuta a ver aquilo que está acontecendo e se ajudar na decisão de onde intervir. A força de uma teoria está no quão útil ela é para a observação e também para as intervenções”* (Zinker, 2001, p. 87).

O privilegiar-se nesta reflexão, o modelo sistémico, numa perspectiva fenomenológica, está no facto, de como sentimos, vivenciamos o mundo que nos rodeia e como terapeutas, sentimos e vivenciamos o contexto terapêutico.

Numa perspectiva psicanalítica clássica, o terapeuta deve evitar a proximidade para com o cliente, defende a diferenciação e a distância na relação. A relação terapêutica é marcada pelo momento do encontro, pelo diálogo. O terapeuta protege-se na teoria e numa postura, que é treinada, para o exercício da sua prática clínica. *“O inconsciente é o objecto da psicanálise”* (Gauquelin, 1980, p. 391), A especialidade do psicanalista é o inconsciente. *“Na teoria freudiana o ego é o todo das faculdades psíquicas, a função do ego é testar e estabelecer a relação com a realidade exterior”* (Roche, 1981, p. 282). Segundo Vaz Serra *“Para este modelo os sintomas não têm importância nem tão pouco a relação que o indivíduo estabelece com o ambiente. O terapeuta procura conhecer as forças inconscientes que lhes dão origem e, por conseguinte, tenta focar sobretudo o passado”* (Gonçalves, 2006, p. 11). A transferência e contratransferência são conceitos centrais na compreensão da relação terapêutica nas diversas vertentes da psicanálise. Sendo a contratransferência *“conjunto de reacções inconscientes do analista à pessoa do analisando e mais particularmente à transferência* (Laplanche, 2004, p. 64). A transferência é entendida como sendo um conjunto de sentimentos negativos e positivos que o cliente dirige ao terapeuta. Inicialmente considerava-se a transferência como positiva na relação terapêutica e que a intervenção, a contratransferência do terapeuta seria mínima. *“Na contratransferência o terapeuta pode, inconscientemente, exteriorizar (por um mecanismo de acting out) os seus próprios problemas mas, transferindo-os para o paciente, o que, obviamente, dificulta a terapêutica e pode vir a afectar a continuação do tratamento”* (Roche, 1981, p. 78). Posteriormente, muitos autores consideraram a contratransferência como um potencial terapêutico. Para isso valorizam a consciência do terapeuta para estes conceitos e a sua preparação para lidar com os seus sentimentos e emoções.

A abordagem cognitivo comportamental, tem em conta as áreas problemáticas específicas identificadas pelo cliente, do seu comportamento actual. Centra a sua intervenção nessas áreas e no presente, numa atitude positivista. É uma terapia estruturada e muitas vezes de duração limitada, sendo o treino e o desenvolvimento de formas alternativas do pensamento. Analisa e experimenta / treina formas diferentes de comportamento, usando a recompensa. Tem como objectivo aprender a quebrar padrões patológicos e a adquirir outros padrões de pensamento e de

comportamento. *“A mais importante característica de uma abordagem comportamental é um forte ênfase na definição dos problemas em termos de comportamento que possa ser mensurado de alguma maneira, usando modificações na mensuração comportamental do problema como melhor indicador do grau em que o problema está superado”* (Rubio, 2003, p. 45). As terapias cognitivo comportamentais, percebendo a importância da relação terapêutica (terapeuta / cliente), Beck (1976) referia a relação terapêutica *“um relacionamento positivo alguns factores inexpressivos ao tratamento como calor humano, empatia, genuinidade, confiança. Somando a isto, reconhecia a importância da transferência e contratransferência, indicando a abordagem directa destes fenómenos”* (Colas, 2008, p. 14) e passaram a dar-lhe um papel mais evidente, dando no entanto ao terapeuta um papel mais directivo na aplicação da técnica. Segundo Vaz Serra *“Ao contrário do modelo analítico as suas intervenções centram-se no presente e não no passado. Os sintomas são considerados como um objecto importante a remover. O indivíduo em tratamento desempenha um papel activo de recuperação. Analisam-se as causas (aprendidas) das suas incapacidades e a relação única que estabelece com o meio ambiente (interno e externo). O clínico não é mais do que um guia que ensina os princípios que levam a ultrapassar as dificuldades sentida”* (Gonçalves, 2006, p. 12).

Em oposição ao pensamento positivista do século XIX e aos paradigmas da psicoterapia, surge a corrente fenomenológica que valoriza a consciência humana, a descrição, a compreensão e interpretação dos fenómenos, como se apresentam à percepção humana. *“...o construtivismo, inicialmente formulado por Piaget (1896 – 1980) e Vygotski (1896 – 1934), que acentuavam que o conhecimento é construído a partir da interacção do indivíduo com o objecto do conhecimento e num contexto social, tendo a origem social do conhecimento sido particularmente acentuada por Vygotski”* (Osorio, 2006, p. 31). Deixa de ter uma visão do Homem como um ser em que age de acordo com seu inconsciente ou que o seu comportamento é determinado pelos factores externos culturais e sociais. *“...os novos paradigmas vieram não só impactar com seus desafios heurísticos e campo das actividades psicoterapicas, como ampliar sobremaneira os recursos postos à sua disposição com a ampliação do reportório de cada prática com o intercâmbio interdisciplinar, tendo como pano de fundo, o contexto holístico em que se inserem”* (Osorio, 2006, p. 47).

A Fenomenologia como método de investigação, método qualitativo, usado frequentemente por terapeutas sistémicos, gestalt-terapeutas e construtivistas na busca da compreensão do que manifestam em determinada situação.

“...não podemos pensar nada isoladamente, muito menos a pessoa humana. A pessoa sem o fora do meio e o meio sem ou fora das pessoa são abstracções a respeito das quais ou nada se pode fazer. O sentido da coisa está na totalidade da coisa, na medida em que são percebidas pela nossa consciência. Essa totalidade empresta sentido às coisas, sentido como um todo, isto é, entre seu processo e seu sintoma, entre as partes e o todo em relação operativa” (Ribeiro, 2006, p. 85).

Não é, portanto, uma mera interpretação do observador. Num contexto terapêutico, a fenomenologia, privilegia uma abordagem às situações, experienciando-as e permitindo que o paciente viva momentos em que os fenómenos sejam vividos pela experiência. Uma terapia centrada na pessoa. Examina a realidade a partir da perspectiva de primeira pessoa. Valoriza o *aqui e agora*, numa abordagem que não é directiva na relação terapêutica.

Carl Rogers defende uma abordagem centrada na pessoa, traz-nos a ideia do ser humano, ser livre, com poder de escolha, com capacidade de autonomia e de auto determinação. A ele se associa o conceito de que a empatia com o meio, pelo qual o terapeuta se pode aproximar de um modo particular, como forma de compreensão distinta de outros tipos de compreensão, resultante de enquadramentos exteriores, tais como diagnósticos, ou julgamentos, ou esclarecimento de suposições.

“Se a terapia resultasse perfeitamente, tanto intensivamente, então isso significa que o terapeuta tinha sido capaz de estabelecer com o paciente uma relação pessoal e subjectiva – não uma relação como a do cientista com seu objecto de estudo, nem como um médico que procura diagnosticar e curar, mas como uma relação de pessoa a pessoa... o terapeuta considera o seu paciente como uma pessoa incondicionalmente válida... sejam quais forem os seus comportamentos, os sentimentos ou a condição... significa que o terapeuta é autêntico” (Rogers, 1983, p. 163).

A perspectiva sistémica, considera que o indivíduo evolui e sofre diferentes formas de crescimento, desenvolvimento e mudança através da interacção progressiva com o ambiente externo. *“...Bertrand Russell (1872 – 1970) e Alfred North Whitehead (1861 – 1947) elaboram a sua teoria dos tipos lógicos (1910 - 13), postulando que uma classe não pode ser membro de si mesma, assim como um dos seus elementos não pode ser a classe, abrindo caminho para a formulação do principio da não –somatividade, de uma das pedras angulares da teoria sistémica...”* (Osorio, 2006, p. 16). O sistema humano funciona simultaneamente como uma totalidade, com os seus próprios

subsistemas internos e como parte de um sistema social mais amplo. A relação terapêutica é entendida, na perspectiva sistêmica, como um sistema aberto, segundo a qual se estabelece a interação entre o cliente e o terapeuta, nos diferentes papéis que cada um ocupa no contexto terapêutico. Elsa Jones cita Von Bertalanffy (1989) *“... um sistema em troca de matéria com o meio, que apresenta entradas e saídas, construção e destruição dos seus componentes materiais”* (in Jones, 1999, p. 30). O cliente é livre e responsável pelas próprias decisões, tal como o é pela sua vida. O importante é o cliente perceber como se pode encontrar no seu sistema de funcionamento. O terapeuta trabalha com as diferentes possibilidades, o sistema terapêutico que é constituído pelo sistema/terapeuta e o sistema/cliente (individual, grupo e/ou família). Relaciona-se com a verdade do cliente, pois considera que é nela que altera a mudança. Tem uma postura não directiva. O terapeuta situa-se em terapia, de forma a interagir e compreender o sistema. *“Os objectos dos sistemas interactivos são melhor descritos, não como indivíduos, mas como pessoas – que-comunicando-com-outras-pessoas.”* (Watzlawick, 1967, p. 109). A comunicação é vista como um conceito básico para a relação interpessoal, assim como para a relação entre as partes.

A gestalt - terapia compreende o homem enquanto uma totalidade, ou seja, um sistema integrado e organizado, uma unidade indivisível corpo/mente, onde não há separação entre as partes que o compõem, mas sim integração, correlação, organização e interdependência, em comunicação. Assim, se algo muda em qualquer uma das suas partes, seja um aspecto emocional, mental, físico ou espiritual, o todo reorganiza-se, surge uma nova organização, uma nova gestalt.

Essa visão holística da Gestalt-terapia aponta também para uma compreensão do homem enquanto parte de uma totalidade mais ampla e complexa, que representa o contexto no qual ele se encontra inserido. Considera o homem como um ser-no-mundo, um ser de relação. Evidencia a totalidade da relação que o indivíduo estabelece com o seu meio circundante. Dá relevo às leis que regem os conjuntos e os seus elementos. Relacionando este princípio com a relação terapêutica, como sendo uma relação em que todos têm uma influência específica, pois interagem conjuntamente. A visão holística da Gestalt-terapia do homem, da natureza, do planeta, de cada ser vivo, de cada objecto ou fenómeno do Universo, como uma totalidade, uma unidade indivisível. Um todo que é muito maior que a soma de suas partes, este só é entendido pelas interações entre as partes que o compõem. *“ “Nós” não existe, mas é composto por Eu e Tu; é uma fronteira sempre móvel onde duas*

peças se encontram. E quando há encontro, então eu me transformo e você também se transforma” (Perls, 1969, p. 9). A visão de que tudo se encontra numa relação de interdependência. Assim o cliente influencia o terapeuta e o terapeuta o cliente e todo o seu envolvente. A relação entre o terapeuta e o cliente é o aspecto mais importante do contexto terapêutico. *“A atitude e o carácter do terapeuta (incluindo o próprio treinamento deste) determinam a sua orientação teórica e o seu método de procedimento clínico é derivado tanto da atitude como de sua orientação teórica, e seu método de procedimento clínico é derivado tanto sua atitude como de sua teoria...”* (Perls, 1997, p. 58). O gestalt-terapeuta trabalha pelo diálogo, pela forma como se desenvolve, não dirige o paciente a um objectivo terapêutico. Este diálogo, não só verbal, é também gestual, emocional e sentimental. Quando há algo que muda em qualquer uma das suas partes, seja um aspecto emocional, mental, físico ou espiritual, o todo é reconfigurado, surge uma nova organização, uma nova gestalt. O método que o gestalt-terapeuta utiliza para abordar a experiência humana implica a compreensão do indivíduo como um ser uno, considerando então, o seu discurso, o seu corpo ou o seu comportamento e todas as manifestações de suas dimensões sensoriais, afectivas, intelectuais, corporais, sociais.

“...não escutem as palavras, escutem apenas o que a voz lhes conta, o que os movimentos contam, o que a postura conta, o que a imagem conta. Se você tem ouvidos, então sabe tudo sobre a outra pessoa. Você não precisa escutar o que a pessoa diz: escute os sons. Per sona – “através do som”. Os sons contam tudo. Tudo o que a pessoa quer expressar está lá, não as palavras. O que dizemos na maior parte é mentira ou blabláblá. Mas a voz existe, os gestos, a postura, a expressão facial, a linguagem psicossomática... se souber usar seus olhos e ouvidos...” (Perls, 1969, p. 82).

O gestalt-terapeuta vai ao encontro da realidade do cliente percebendo as suas experiências e a forma como elas acontecem e se processam. O sentido da relação do cliente, com seu meio, será dado pelo próprio cliente. O terapeuta é apenas um facilitador nesse processo de investigação e de compreensão deste sentido.

A abordagem com base na fenomenologia, percebe o terapeuta como uma parte integrante do contexto terapêutico, em interacção conjunta num processo de terapia. Atribuição de papéis, igualmente importantes mas distintos. Consideram que relação terapêutica é o primeiro e o mais importante aspecto no contributo para o processo de mudança no processo terapêutico.

“A 1ª experiência a reconstruir no processo terapêutico é a experiência da relação terapêutica. Cliente e terapeuta encontram-se num processo dual, que poderíamos chamar diálogo, de construção. Para cada um a presença, conduta e linguagem do outro supõe uma experiência a construir. Como tal produz uma validação ou uma invalidação das antecipações implicadas na dita experiência... O cliente, no contexto de relação terapêutica, põe em jogo as suas construções relacionais com o terapeuta... o tipo de relação que o terapeuta estabelece com o cliente pode construir um dos factores de mudança mais importante” (Besora, 2000, p. 165).

É o modelo que nos traz a perspectiva do corpo como um elemento importante na posição relacional em terapia. Visa alcançar a totalidade e a singularidade da relação que o cliente consigo próprio e com o mundo, visando obter um verdadeiro sentido para o seu viver.

As diversas perspectivas dispensam a sua atenção à relação terapêutica, de acordo com a sua orientação teórica e prática clínica. Estas são referências, pela qual o terapeuta pode apoiar o seu desempenho, na sua ocupação no contexto terapêutico.

3. O terapeuta ocupacional na terapia ocupacional

... terapeuta ocupacional... terapia ocupacional...

3.1. ... os autores...

Dunton (1915), refere-se à ocupação citando Harold Bell Wright, *“Ocupação é a verdadeira vida da vida”* (in Spackman, 2006, p. 10).

O percurso histórico da terapia ocupacional, não tem uma evolução linear, é essencialmente constituído por opiniões / posturas de autores, concordante com as tendências da época. Denota-se no seu percurso e de acordo com cada via de abordagem seguida, a importância e a preocupação com a postura na relação terapêutica.

Os primeiros enfoques da relação terapêutica relacionados com a terapia ocupacional estabelecem-se nos princípios da boa convivência e de uma atitude próxima, de compreensão, de “amizade / amor” na relação com o paciente. Deve-se ter em conta, que as primeiras descrições da terapia ocupacional, como uma actuação terapêutica, surgem no tratamento dos acidentados, vítimas da 1ª Guerra Mundial (1914 – 1918).

Nos anos 40, dá-se à terapia ocupacional, possivelmente na forma de se afirmar como profissão, um grande ênfase à competência. A relação terapêutica caracteriza-se essencialmente por uma adaptação ao doente e ao controle das emoções espontâneas por parte do terapeuta. A espontaneidade e a expressão pessoal por parte do terapeuta não são recomendadas. O terapeuta deveria adaptar-se ao doente e ter um auto controle das emoções e das expressões pessoais. Assim, o comportamento profissional deveria ser de carácter impessoal na relação, numa atitude objectiva. A boa competência profissional era defendida em 1º lugar pela objectividade. A grande orientação terapêutica era voltada para as habilidades manuais, embora se aceitassem os interesses de carácter mais afectivo.

Esta atitude abrangia todas as áreas da terapia ocupacional e não somente a área da psiquiatria. O termo “colaborar”, não era usado, não tinha sentido, o doente era visto como um ser racional e capaz de fazer as próprias escolhas. No entanto, aparecem alguns pontos de vista diferentes.

Podemos lembrar *Wide (1947) “coragem, paciência, tolerância e amizade... para atingir uma boa conduta... Willard & Spackman na edição de 1947 refere-se a Ruggles (1946) como, surge com uma postura oposta à tendência desta década, no entanto esta não é vista como certa; ... para Carlova y Ruggles (1946), “não é suficiente dar a um paciente algo para fazer com as suas mãos. É o coração que realmente cura”; por sua vez, Wade (1947), defende a boa relação como sendo aquela em que o terapeuta experiente obtém respeito, admiração e confiança. Descrevia as competências do terapeuta, como tendo de ser hábil e objectivo, deveria identificar a situação do doente, mas mantendo-se objectivo, com auto controle, de forma a não se manifestar com expressões inoportunas de uma reacção emocional espontânea. Considerava como primeiro objectivo terapêutico a boa comunicação, clara e objectiva. Wade (1947) defende que os terapeutas explicassem as razões da proposta de determinada actividade, porque a informação convida à participação; Fay e March a relação nos hospitais gerais e especializados descrevem uma série de procedimentos para que os terapeutas deveriam empenhar-se para que o encontro terapêutico fosse o mais objectivo e profissional possível; Glever refere-se em amizade, mas ligado ao trabalho com crianças, que parece ser mais difícil esta abordagem objectiva e impessoal” (in Spackman, 2006, pp. 96 - 97).*

Nas décadas de 50 e 60, sente-se a grande influência psicanalítica, psicodinâmica. O terapeuta ocupacional apresentava as actividades através de materiais representantes

das fases de desenvolvimento psico – sexual, no esquema proposto por princípios Freudianos. A técnica proposta previa que as actividades dentro do esquema relacional poderiam constituir formas de defesas do ego, através da gratificação e solução da fixação em fases anteriores do desenvolvimento psíquico. Fidler e Ázima (1957), usam de diferentes formas a teoria psicanalista para o processo da terapia ocupacional. A teorização psicanalítica, para a terapia ocupacional, atingiu principalmente o conceito de actividade. Na tentativa de se estabelecer um meio de intervenção para o terapeuta ocupacional, procurou dar-se significado à actividade, como um fenómeno relacional, à semelhança das relações de objecto. Fidler, nos anos 60, foi a primeira a caracterizar o processo terapêutico como uma relação tríade (terapeuta, cliente e actividade), tornando-se assim, um clássico na literatura da Terapia Ocupacional. Baseia-se na teoria psicanalista para formular o conceito do processo terapêutico. Fidler (1963) trabalha com os processos de comunicação, tanto no sentido do uso da actividade como forma de comunicação terapeuta - paciente, assim coloca o uso da actividade como “comunicação” dos fenómenos intrapsíquicos do paciente.

As décadas de 70 e 80 são caracterizadas pela mudança da substituição do pensamento holístico por uma atitude reducionista sobre o funcionamento interno do corpo e psique. Esta mudança é influenciada pela teoria do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott (1988), propõe o uso da actividade com o valor de objecto transicional. A perspectiva da terapia ocupacional perante o Ser Humano muda radicalmente. A visão inicial da natureza ocupacional do ser Humano, a unidade, corpo e mente, auto-manutenção através da actividade e o ritmo dinâmico do comportamento organizado, foram substituídos por uma perspectiva mais profunda. O pensamento holístico foi substituído por uma atitude reducionista sobre o funcionamento interno do corpo e psique. As influências na teoria do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott (1988) propõem o uso da actividade com o valor de objecto transicional. Em 1972 a AOTA aborda a prática da terapia ocupacional como sendo “a arte e a ciência de orientar a participação do homem em tarefas seleccionadas...” (Spackman, 2006, p. 93).

No final dos anos 80, há o retorno da importância de um carácter mais pessoal da relação. A relação terapêutica é defendida como sendo uma atitude afectuosa, uma capacidade relacional do terapeuta. *“A confiança do terapeuta por si mesmo, a sua capacidade para ser sincero e aberto na relação, na medida que o terapeuta pode comunicar “uma consideração positiva incondicional” e empatia pela pessoa, afectam*

e capacitam para esta intervir na relação” (Spackman, 2006, p. 10). Surge uma renovação dos princípios defendidos por Ruggles (1946). As actividades são defendidas como facilitadoras das relações inter-pessoais. O compromisso da profissão é trabalhar com as pessoas, mais do que fazer com elas. O uso da ocupação como uma ferramenta terapêutica e a definição das suas condições tem de ser exercida de forma a obter um efeito terapêutico e um determinado tipo de impacto que se quer conseguir. Na edição de 1983 de *Willard and Spackman’s Occupational Therapy*, já aparece o termo de relação terapêutica e dada à atitude do terapeuta mais significado. Aborda-se “a importância do conhecimento de si próprio, do terapeuta” (Spackman, 2006, p. 97). Em 1983, Hopkins e Tiffany usam a imagem de Purtilo (fisioterapeuta) do “eu pessoal – profissional”, nesta visão eles acreditavam que as pessoas precisavam de sentir que podem ser ajudadas, afirmam “*o terapeuta em um local de tratamento é, por definição, um ajudante*” (in Spackman, 2006, p. 93). O processo de cura exige uma relação de confiança construída sobre a segurança e o respeito. A relação é que determinava o tratamento, “*as actividades eram usadas como facilitadoras para os relacionamentos entre as pessoas*” (Spackman, 2006, p. 93) e que não deveria ser esquecido nesta visão, que a terapia ocupacional “é fazer com”. Mosey (1970), aborda que o terapeuta ocupacional deveria ter a capacidade de estabelecer uma boa comunicação, empatia e de orientar as pessoas a conhecer o seu potencial. Refere que o profissional deve “*olhar o indivíduo como um todo, indivisível em partes ou subsistemas. ... A visão da pessoa deixa o profissional criar empatia com sentimentos e valores que tornam a vida significativa*” (in Spackman, 2006, p. 93)

A partir dos anos 90, há uma mudança na forma como a relação terapêutica é vista pela terapia ocupacional. A actividade deixa de ser vista como facilitadora da relação e passa a ser a relação a facilitadora da actividade na ocupação. O grande compromisso da profissão, é trabalhar com as pessoas, mais do que fazer com elas. Nos anos 90 dá-se à relação e à aliança terapêutica, um lugar de primazia. Horvarth e Symond (1990), citados por Hagedorn, concluem que “*a aliança terapêutica tem sido gratificante associada aos resultados, não apenas entre um grande numero de investigadores, mas também em tipos diferentes de psicoterapia*” (Hagedorn, 2007, p. 133).

Actualmente defende-se na terapia ocupacional que a relação terapeuta / cliente é particular, individual e única. A terapia ocupacional fundamenta o seu pensamento e a prática, em relação à forma como se posiciona na abordagem terapêutica tendo em

vista as diferentes correntes de pensamento que fundamentam as diferentes abordagens das atitudes do comportamento.

3.2. ... as correntes de pensamento...

A perspectiva num ponto de vista do positivismo, numa abordagem biológica, em terapia ocupacional, tem por base a compreensão de saúde como a ausência de doença. A preocupação é a definição do que é normal e patológico e a de tratar a doença. O doente chega à terapia ocupacional por encaminhamento médico. O tratamento é objectivo e dirige-se à patologia objectivamente avaliada e definida. O procedimento do terapeuta é avaliar, planear o tratamento e implementá-lo. A actividade é que possibilita o tratamento. O terapeuta deverá explicar a sua forma de actuação, do seu procedimento ao cliente. A relação - terapeuta cliente estabelece-se unicamente pela actividade. É uma relação objectiva, estruturada e com os seus papéis bem definidos. O terapeuta é o elo de ligação entre o doente e a actividade. Tem uma comunicação técnica, unicamente para garantir o tratamento. Francisco cita Walker (1973) *"...os terapeutas mais efectivos explicam a forma como actuam, são entusiasmados com o seu trabalho e vida. Essa atitude é fundamental ser transmitida ao doente de forma verbal e não verbal. ... tenho confiança em você. Confio em mim mesmo. Confio que se podemos actuar conjuntamente e posso ajudá-lo... É essencial que o terapeuta possua uma atitude básica de que é a pessoa correcta, uma pessoa... que confia nele e que, assim faz um trabalho que acredita importante."* (in Francisco, 2001, p. 61). Os terapeutas ocupacionais de uma linha comportamental (mais explicitamente a partir da década de 80) argumentam que um terapeuta paciente e atento pode beneficiar o cliente. Em 1953, Skinner já falava sobre a importância da boa relação terapeuta - cliente.

A psicanálise define-se como a ciência do inconsciente. O terapeuta tem essencialmente a função de escutar, uma escuta activa. A terapia ocupacional, deveria ser um espaço que proporcionava experiências agradáveis, de forma a poder-se trabalhar os sentimentos e emoções. A relação terapeuta – cliente tem uma importância central, e a actividade é tida como forma de projecção do conteúdo inconsciente *"é mediante o dialogo e relação terapêutica que se aborda o que insiste e faz o obstáculo do tratamento... O terapeuta trabalha com o dialogo e com a actividade..."* (Arnais, 1998, p. 65).

Os enfoques fenomenológicos existenciais vão ao encontro da existência pessoal, da relação com o outro, com as alegrias, sentimentos e emoções. Numa visão humanista, a saúde é entendida como um estágio de equilíbrio na relação entre o Homem e o meio que o rodeia, assim a doença é considerada como um desequilíbrio desta relação. O terapeuta ocupacional parte do pressuposto de que o cliente é quem melhor pode determinar o que pretende para ele, de forma obter uma vida mais saudável e o processo de tratamento é centrado na relação terapêutica.

“O cliente traz a sua maneira de viver, a história de suas aprendizagens e o clima afectivo no que tem realizado. Cabe ao terapeuta a tarefa de tomar essa relação como medida, ser o facilitador para a aprendizagem de novas formas, oferecendo um modelo de relação em que seja possível aprender, ensinar, errar, ensaiar, realizar naquele momento aquilo que em outro espaço não teve lugar. A actividade também é compreendida como um outro, concreto e com uma linguagem própria, linguagem que o cliente em ocasiões deverá escutar” (Francisco, 2001, p. 53).

O terapeuta investe primeiramente na relação e utiliza-se a si próprio como um instrumento terapêutico. Aposta na criatividade de soluções conjuntamente com o cliente e coloca-se como um facilitador do processo terapêutico. Tem como principal função criar um clima adequado à possibilidade de mudança. O terapeuta dá enfoque à relação de ajuda, actua como facilitador. Proporciona a valorização pessoal, a autonomia, a individualidade, a busca de valores, as emoções e sentimentos. A relação terapêutica é a tónica principal de todo o processo terapêutico da terapia ocupacional. Diálogo existencial é uma parte essencial da metodologia de Gestalt-terapia, muito usada por alguns terapeutas ocupacionis numa manifestação da perspectiva existencial na relação. À semelhança do gestalt-terapeuta, trabalha pelo diálogo e vai ao encontro do paciente em direcção ao objectivo terapêutico. Gestalt / diálogo encarna autenticidade e responsabilidade. Ao tornar consciente, torna-se capaz de escolher e / ou organizar a própria existência de uma forma significativa.

O modelo canadiano do desempenho ocupacional, define a pessoa como *“possuindo os componentes físico, social, cultural e institucional. As ocupações são classificadas nas categorias: auto cuidado (self-care), produtividade e lazer.”* (Law, 2009, p. 17). A espiritualidade tem neste modelo uma importância significativa. Esta refere-se a uma dimensão importante da vida humana, na sua existência e na sua individualidade. O terapeuta deverá ter uma postura de forma a desenvolver um espaço terapêutico agradável para ele e para o cliente.

No modelo de Ocupação Humana, modelo desenvolvido por Gary Keilhofner, (1989) a ocupação é uma parte intrínseca e exclusiva da condição humana. Entendida como sendo um elemento de equilíbrio na vida das pessoas. A ocupação divide-se em três grandes áreas de actuação: actividades da vida diária, actividades laborais e actividades de lazer, dando importância aos contextos onde estas se realizam, pois o ambiente onde são realizadas influencia o seu desempenho. O terapeuta como sendo facilitador, educador e ou gestor de caso.

“Ocupação abrange um vasto leque de tarefas que ocorre no contexto de tempo, espaço, da sociedade e cultura. O contexto temporal, físico, social, trazem condições que condicionam a forma de como se deve fazer. A Ocupação humana, é o foco do modelo de ocupação humana. Uma boa parte do objectivo deste modelo é fornecer uma explicação da ocupação humana, como manifestação individual na vida” (Keilhofner, 2002, pp. 2 - 3).

A relação terapêutica é valorizada no contexto terapêutico deste modelo, assim como é sentido como um elemento importante e determinante do tratamento.

4. O terapeuta ocupacional na relação terapêutica

...terapeuta ocupacional ... cliente ... actividades...

... ocupação....

Ao abordar, relação terapêutica em terapia ocupacional, teremos que pensar em ocupação, esta é quem essencialmente, contém, o processo terapêutico, a relação terapêutica em terapia ocupacional.

O terapeuta ocupacional, o cliente e as actividades, numa interacção, a relação terapêutica na ocupação terapêutica, toma um lugar de supremacia no contexto da terapia ocupacional. *“Em terapia ocupacional, a relação é normalmente uma parceira entre o terapeuta e o individuo, desenvolve-se gradualmente quando esse individuo procura a assistência do terapeuta para promover a exploração conjunta de algum problema que esteja afectando a vida diária e papa agir sobre ele”* (Hagedorn, 2007, p. 133).

A ocupação, nas suas actividades, faz parte integrante da rotina social e das necessidades essenciais à vida.

“A actividade é algo fundamental na vida do homem e, na sua realização, tanto o processo de execução como seu resultado final têm diferentes graus e valores. A actividade é o principio que rege tanto a vida corporal como mental, dado que o homem nunca permanece sem fazer nada... A vida humana é essencialmente acção... O pensamento é condicionado pela acção... Pensando o homem faz, planeja, transforma, busca sentido para a sua existência.” (Bastos , 2008, p. 9).

A relação entre as diferentes formas e as interligações das múltiplas ocupações na vida do indivíduo, é a forma deste poder encontrar o equilíbrio e um bem-estar físico / psíquico / social / familiar... *“A vida humana é puramente acção. Se conhecer é um fazer humano, e o conhecimento, um factor determinante da plenitude do homem, tudo o que é visto e sentido pela intencionalidade da mente torna-se conhecimento; mas só se gerar uma acção”* (Bastos, 2008, p. 4). A ocupação transporta na sua realização os componentes de da relação.

As actividades no seu processo de realização, podem ter uma estrutura mais concreta e da qual dependem para a sua concretização final, por isso de carácter mais estruturado, reflectindo-se assim num produto final sempre igual e ou paralelo. Outras actividades de uma estrutura de realização menos concreta, não tendo que obedecer a regras e sequencias rigidamente pré estabelecidas, de carácter não estruturado, em que o seu processo e produto final, depende essencialmente de quem a elabora e não é previamente definido e sempre igual.

“A actividade é uma ferramenta que compõe um processo de aprendizagem, fornecedor da consciência da capacidade, da competência, da estima e do autocontrolo... O valor da actividade é reconhecido a partir dos diversos níveis de potenciais nela existentes, para satisfazer as necessidades do indivíduo. As actividades devem ser estruturadas, graduadas e adaptadas conforme seu propósito” (Bastos, 2008, p. 9).

As ocupações e as suas inerentes actividades, em terapia ocupacional, transportam características paralelas, independentemente dos contextos clínicos a que se destinam. Estas são as suas próprias características, potenciais terapêuticos e relacionais. A diferença está na forma como as actividades são orientadas, aplicadas e adaptadas à finalidade a que se destinam. A ocupação pode ter finalidades diferentes,

tendo no entanto na sua constituição as mesmas actividades (pode-se escrever para treinar a destreza manual ou para desenvolver e explorar a criatividade, para contar uma história). A subjectividade, a individualidade, do terapeuta ocupacional e cliente neste processo, reflecte-se nos fins terapêuticos da ocupação. Nesta diversidade das aplicações, nas actividades no contexto terapêutico ocupacional, a relação terapêutica tem um papel importantíssimo, pela forma como o cliente e terapeuta se envolvem no processo terapêutico. É na relação que se estabelece entre terapeuta / cliente, e nas diferenças das actividades na ocupação, que residem e se diversificam os potenciais terapêuticos da ocupação.

A ocupação como um metaconceito, a comunicação do envolvimento no processo das actividades na ocupação ” *O metaconceito das sequencias proporciona uma compreensão do padrão de um sistema...*” (Douglas, 2000, p. 114). Este é um aspecto que pode ser útil para o cliente se compreender a si próprio, tal como para o terapeuta em relação ao cliente e à sua postura no contexto terapêutico.

As diferentes actividades, nas suas especificidades incluindo os materiais e equipamentos que compõem cada uma delas, na ocupação, requerem aptidões diferentes e muito específicas, que por seu lado estão numa interligação nas suas diferentes fases e estas entre si próprias. No entanto, podemos dizer que todas elas requerem em comum um envolvimento pessoal e um conhecimento do seu processo de realização, uma articulação física e mental, uma relação com o mundo interior e exterior, com o outro, com próprio, com os materiais e equipamentos, assim como com as características próprias, inerentes a cada actividade e ao com o produto final. A representação do produto final, no sentido da finalidade da sua realização, na gratificação, que pode ser tanto a nível mental, físico, social e conseqüentemente sentimental e emocional. Se nos ocupamos, envolvemo-nos, relacionamo-nos e manifestamos os nossos afectos tanto na forma como o porquê, com quem e para quem as realizamos. Fidler e Fidler (1954) citados por Francisco diz acerca do uso da terapia ocupacional “*como processo psicoterapêutico, deve seguir-se necessariamente que o produto sendo feito e o trabalho de fazê-lo são considerados secundários ao julgamento de como o produto e o processo de fazê-lo afectam suas relações com os outros. A ocupação passa então a ser a ferramenta da manipulação de suas relações com outras pessoas e não o objectivo primordial de si*” (in Francisco, 2001, p. 41).

O terapeuta ocupacional está capacitado para analisar as actividades, a sua especificidade funcional, *“fundamento do processo de fazer”* (Hagedorn, 2007, p. 31), nas suas particularidades, nas tarefas *“o desempenho de tarefas dependem de habilidades dos domínios motor, de processamento, de comunicação/interacção e de interacção social”* (Hagedorn, 2007, p. 31), de forma a administra-la a situações com objectivos defendidos e específicos. Estes objectivos, são a consequência de uma avaliação da situação, do cliente e de tudo o que lhe é envolvente. *“Os terapeutas ocupacionais não poderiam nunca agir de modo adequado, sem a reunião do conhecimento de temas médicos, psicológicos, sociais, de métodos de avaliação, de interacção e conhecimento social das várias ocupações”* (Mac Caul, 1960, p. 12). No entanto, a escolha da ocupação deverá ser em 1º lugar um entendimento do terapeuta e cliente. Este processo inicia com o conhecimento entre terapeuta ocupacional e cliente. *“... o primeiro encontro com o cliente inaugura o rico campo da relação terapêutica. A confiança estabelecida na relação é elemento essencial em todo o processo”* (Pádua e Magalhães, 2005, p. 64). Poderemos dizer que neste primeiro contacto, se inicia a construção da relação terapêutica assim como a avaliação do cliente, das suas capacidades, interesses, das necessidades clínicas e meio envolvente. Como terapeutas, sabemos e sentimos, que um dos alicerces essenciais da terapia é a confiança mútua, a aliança terapêutica *“... uma bem-sucedida relação terapêutica, no mínimo, tão importante quanto o tratamento oferecido. Não é, no entanto, simplesmente uma questão de habilidade do terapeuta. Também depende do quanto o cliente participa activamente no processo (embora alguém possa argumentar que o grau de participação seja influenciado pelas habilidade do terapeuta para promovê-la”* (Hagedorn, 2007, p. 134). Esta é muito marcada pelo primeiro encontro e vai sendo definida, redefinida durante todo o processo terapêutico. É determinante para a escolha da ocupação e para a qualidade de todo o processo terapêutico. *“Também está claro (talvez de forma desencorajada) que uma relação terapêutica efectiva pode ser a parte mais importante da terapia. O que está sempre sendo feito pode importar menos do que quem está fazendo e como a relação se desenvolve”* (Hagedorn, 2007, p. 134). A ocupação é uma escolha que deve ir de encontro aos interesses, necessidades e afinidades do cliente de acordo com uma perspectiva conjunta - terapeuta e cliente. O ideal é que terapeuta e cliente usem a mesma ocupação de uma forma confortável. *“a forma de “estar com” em terapia ocupacional é uma representação singular de “fazer com” , quando “fazemos com”*, (Crepeau, 2005, p. 159), relacionamo-nos e comunicamos directamente com o cliente e na ocupação.

A atitude empática, o conceito de empatia, está intimamente ligado à relação terapêutica. É muito explorado pelas diferentes áreas profissionais ligadas à relação com o outro *“a empatia não exige uma fusão, mas uma ligação. Subentende uma experiência não apenas da dor do outro, mas também da integridade e da coragem ao lado da dor. A empatia, na prática de saúde, é a decretação da convicção de que, permitida pela disposição de uma pessoa de compreender, uma pessoa reunirá a coragem necessária... É a arte do tratamento”* (Spackman, 2006, p. 94). Apesar da importância da relação empática, esta, surge também como algo que o terapeuta tem de exercer como regra, como se fosse uma característica inata do ser terapeuta e que muitas vezes é sentida e dirigida num sentido unilateralmente.

“A empatia requerer a capacidade de ver uma situação pelo ponto de vista do outro. Essa compreensão facilita a relação terapêutica. O terapeuta é capaz de “estar com” a pessoa ao ponto de poder apreciar sentimentos e reações, mas, crucialmente, o terapeuta não compartilha esses sentimentos. O terapeuta se mantém “a um passo”, simultaneamente conectado e desconectado... O terapeuta consciente, entretanto, não confia indiscriminadamente na empatia ou na “intuição” como meios para acessar a forma que a relação deve adquirir. Os humanos não são leitores do pensamento, embora frequentemente ajam como se achassem que sim” (Hagedorn, 2007, p. 129).

Quando se aborda a relação empática como sendo a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tentar "sentir o que o outro sente", observar "com os olhos do outro", para entendê-lo, num movimento de características unidireccionais. Peloquin (1995) refere *“A empatia na prática da atenção da saúde é a representação da convicção de que, estimulado pela vontade do terapeuta de compreender, o paciente reunirá a coragem necessária”* (in Spackman, 2005, p. 125), estamos a partir de uma premissa complicada, ou melhor impossível. O outro é um ser uno, tal como o terapeuta, as suas escolhas, as suas atitudes e os seus sentimentos perante as situações são unas. Terapeuta e cliente influenciam-se mutuamente. É difícil de vivenciar, o que o outro sente, cada ser humano é uno na sua vivencia subjectiva. Apesar de não construirmos sozinhos, o nosso conhecimento sobre o nosso mundo. Essa é uma tarefa de construção ao longo da vida. Construimos na interacção social, os significados do nosso mundo e de nós mesmos, no entanto, cada um sente a realidade à sua medida. A nossa compreensão do mundo e da vivência do outro é sempre limitada, pois esta é só pode ser de acordo com a vivencia pessoal, individual. O terapeuta ocupacional tem de desenvolver e aperfeiçoar o seu auto conhecimento.

“Na relação terapêutica têm influência os motivos pessoais do terapeuta, o conhecimento pessoal que tem de si mesmo, a sua experiência vital e história pessoal, assim como a deontologia profissional... a bagagem pessoal, profissional e cultural facilitam que o terapeuta compreenda situações diferentes, que tenha uma postura mais relativista e flexível e poderá pôr-se com mais facilidade no lugar do outro e ser mais empático...” (Ayuso, 2003, p. 266).

Terapeuta ocupacional e cliente iniciam o processo terapêutico, procurando um meio, ocupação em que se dê a oportunidade de conseguirem um ponto de encontro, de se “encontrarem” no *setting* terapêutico, onde a vivência das experiências e emoções, proporcionem uma vivência interna de sentimentos.

A realização de uma actividade implica acção, manuseamento de materiais e equipamentos diversos, assim como dar ao cliente o conforto e atitude necessária para que se sinta em terapia. O *setting* é o conjunto de todos os detalhes da técnica. A relação com o espaço em que se desenrola a terapia é importante para o terapeuta e cliente. Benetton (1994), *in* Pádua, refere que *“O setting em terapia ocupacional é um local que deve possibilitar o desenvolvimento de diversas actividades. Além disso, é um espaço que recebe as influências das características do profissional que o coordena, expressa as suas preferências pessoais. Estas preferências estão associadas à escolha e à utilização dos materiais, às habilidades e à abordagem teórica do profissional”* (*in* Pádua, 2008, p. 73). O tempo é uma vivência subjectiva. O tempo do cliente em terapia ocupacional é diferente do tempo do terapeuta e vice-versa. Muitas vezes não é possível estabelecer um tempo exacto no processo em terapia, tal como a vivência da ocupação.

O terapeuta detentor de um saber, o da sua vivência pessoal e o seu saber técnico / profissional. O terapeuta ocupacional, na situação de *fazer com*, necessita encontrar uma distância e simultaneamente uma proximidade terapêutica confortável, uma proximidade distanciada. Este jogo, terapeuta – cliente – actividade, requerer que o terapeuta tenha segurança e um conhecimento da aplicação da técnica, dos seus próprios limites (pessoais), dos seus desejos e valores. Tem de estar consciente da forma como comunica e se relaciona. Para o terapeuta e cliente é importante não misturarem poder e liderança. O terapeuta deverá ser um *expert* da técnica, esta deve servir para encontrar a melhor solução do problema e o cliente um *expert* da sua vida, viveu o seu percurso e é o responsável por si próprio e pelas suas escolhas. O respeito pelo cliente e o seu estilo e valores de vida, pelo investimento na sua

participação activa das decisões terapêuticas, concordante com a sua problemática e as suas capacidades, é fundamental. Wade (1947) descreve o “*terapeuta eficiente*” como aquele “*que apoia o equilíbrio do paciente*” (in Spackman, 2006, p. 10).

Um conhecimento técnico, fundamentado, para uma vivência relacional de forma de carácter profissional, dá oportunidade que esta seja melhor consolidada, para que se estabeleça uma aliança terapêutica saudavelmente profissional para que o terapeuta saiba lidar consigo próprio nas suas atitudes perante o seu cliente.

“... *podemos definir o vínculo como uma relação particular com o objecto. Essa relação particular, mais ou menos fixa com esse objecto, formando um pattern, uma pauta de conduta que tende a repetir-se automaticamente, tanto na relação interna como na relação externa com o objecto.*” (Pichon-Rivière, 2007, p. 17). O vínculo estabelece-se através da qualidade da relação, do entendimento entre terapeuta e cliente. É no entendimento terapêutico, onde os papéis de cada um, terapeuta e cliente, estão devidamente definidos, onde se destaca a importância de se respeitar as realidades de cada um. É neste entendimento, a aliança terapêutica que tem de ser cuidada ao longo da terapia, do encontro terapêutico. Esta vai sendo modelada em conjunto entre o terapeuta e cliente. A forma como se estabelece é influenciada pelas correntes teóricas em que se estrutura a profissão, no âmbito em que exerce a profissão, nos profissionais e na diferenciada e contínua evolução da personalidade humana.

O modelo que cada um dos terapeutas encontra para o seu estilo de trabalho / ocupação, serve para uma orientação e suporte no processo na intervenção terapêutica e até de vivência pessoal. Isso diferencia-o e torna-o único. O cliente é detentor da sua vivência pessoal, do seu conhecimento, das suas capacidades, do seu problema e da forma como o vive e do seu pedido de ajuda. Isto diferencia-o e torna-o único. Ambos os poderes, saberes e vivências devem ser partilhados e de entendimento mútuo. O contexto em terapia ocupacional é caracterizado pela forma como o terapeuta e cliente, se ocupam na ocupação terapêutica. É a arte e a ciência de orientar a participação do indivíduo em actividades seleccionadas para restaurar, fortalecer e desenvolver as capacidades. Facilita a aprendizagem de capacidades e as funções essenciais à vida, a nível físico, psíquico e social. Contribuem para diminuir e / ou corrigir patologias de modo a promover uma vida saudável. A relação terapeuta / cliente é particular, individual e única. “*A primeira experiência a construir no processo terapêutico é a própria experiência da relação terapêutica. Cliente e terapeuta encontram-se num processo dual, que poderíamos chamar de dual, de construção*”

(Besora, 2000, p. 165). Qualquer processo terapêutico, onde existam pelo menos dois elementos, tem de proporcionar o encontro dos pontos comuns e do seu entendimento, para que o processo terapêutico seja aceite e respeitado por todos os seus elementos.

A capacidade relacional, não poderá ser unicamente um “dom” do terapeuta. Na relação terapêutica, o terapeuta está com os seus potenciais pessoais e com a técnica. Esta mistura é indissociável. A técnica fundamenta a actuação. Freitas (1995) aborda a relação terapêutica *“de perito para perito”* (in Besora, 2000, p. 121). A relação terapêutica, no envolvimento do terapeuta na relação, necessita de ser trabalhado e aprendido na formação base e no decorrer do percurso profissional. O outro / cliente transmitem-nos sensações, emoções e imagens muitas vezes difíceis de gerir, de vivenciar pela pessoa do terapeuta. Uma postura técnica oferece uma melhor intervenção terapêutica, assim como, previne a existência de técnicos frustrados e desadequados às suas funções.

No nosso ponto de vista, a actual postura da terapia ocupacional deveria ser marcada por uma postura técnica na relação terapêutica. Quando se fala em atitude técnica, esta não significa ser fria e distante das características pessoais do terapeuta. Como refere R. Hagedorn (2007) *“De certa forma os terapeutas ocupacionais sempre entenderam isso. Têm procurado construir pontes no espaço vazio da relação por meio do envolvimento do cliente em uma actividade pela qual a relação possa se desenvolver naturalmente e ser expressa e facilitadora”* (Hagedorn, 2007, p. 134). Quanto melhor o terapeuta manusear o seu saber na relação, mais permeável está a esta. Sabemos que a relação terapêutica pode ser progressivamente aperfeiçoada. A terapia ocupacional, particulariza-se da forma como administra e aplica a “ocupação”, de forma terapêutica. Outras profissões usam actividades, no entanto é na prescrição e orientação e relação terapêutica, que a terapia ocupacional se distingue das outras. É importante, o terapeuta ter e manter as suas características pessoais e particulares, ser sensível e emocional e poder gerir os seus potenciais no processo terapêutico

“Ser terapeuta “é ser você mesmo” em um contexto especial com “regras” particulares. A esse respeito, não é diferente de ser “você mesmo” em todos os outros papeis que há na vida – chefe, empregado, amante, amigo, criança, ou pai – mas pode ser necessária uma abordagem mais consciente e disciplinada do que em outros aspectos da vida” (Hagedorn, 2007, p. 131).

Gerir a proximidade na relação com a devida distância terapêutica, é algo que se aprende. Aprende-se treinando com os pares, podendo usar as mesmas técnicas que se usa no contexto terapêutico.

Para este aperfeiçoamento a experiência, a prática, é importante, mas também o conhecimento teórico actualizado. Quanto mais “ferramentas” o terapeuta tiver, para lidar consigo próprio, para reflectir, se interrogar e se distanciar dos seus modelos pessoais de vida, melhor consegue respeitar o espaço, o sentir do outro e os valores individuais de cada um, numa melhor gestão das suas emoções.

“Transmitir conhecimentos é repetir saberes duvidosos, corroídos pelo tempo de experiência parada. O que transmito de melhor é que ainda não sei mas estou a investigar. Ensinar não é portanto, debitar conhecimentos. É sim, ensinar a pensar – o que é pensar com, pensar com o outro -, reflectir em face do outro, estimular a levantar questões, propor caminhos de pesquisa” (Matos, 2004, p. 43).

O importante é que a pessoa terapeuta, com as suas próprias características esteja de uma forma terapêutica, sabendo gerir as suas próprias emoções e sentimentos. Em que o modelo de vida do terapeuta não tenha que ser o modelo de vida dos seus clientes nem a medida de avaliação. *“Temos por ideia condutora que o ensino, sobretudo o universitário, mais que transmitir conhecimentos deve formar pensadores”*(Matos, 2004, p. 43). Que o terapeuta seja ele próprio, um potencial terapêutico e relacional.

Na pesquisa teórica realizada, percebemos até ao momento actual, que a grande lacuna está no saber, no uso das técnicas que podem desenvolver as aptidões do terapeuta ocupacional, nos aspectos relacionais. Tem sido dado relevâncias técnicas, práticas e teóricas, para uma abordagem dirigida para a problemática clínica. A nível da relação terapêutica, esta tem sido essencialmente abordada de forma teórica, a sua aplicação prática fica a cargo do “dom” (dádiva, dotes naturais, poder, faculdade, condão, aptidão natural).

Ao percorrer-se a literatura e o percurso da terapia ocupacional, percebemos que os terapeutas sempre tiveram a preocupação e a percepção da importância da relação terapeuta/cliente para o sucesso da ocupação terapêutica e consequentes resultados positivos da terapia. No entanto, pela literatura, apercebemo-nos, que a relação terapêutica não tem um desenvolvimento aprofundado e devidamente cuidado, no desenvolvimento das capacidades técnicas do terapeuta. Não é dado ao terapeuta o

papel de ele próprio como um “instrumento” terapêutico. Percebe-se, que não lhe é oferecido um aperfeiçoamento, nomeadamente técnico (teórico e prático), para o seu papel de terapeuta, como instrumento importante em terapia. São ensinadas abordagens, técnicas, do foro do desenvolvimento criativo e do auto-conhecimento, para uma abordagem terapêutica para com o cliente, mas não são usufruídas as mais valias destas técnicas, por exemplo, para uma melhoria de conhecimento e desenvolvimento de aptidões individuais, pessoais para o desempenho profissional do terapeuta. Apesar de haver algumas referências de como o terapeuta deve estar, não é abordado de como o terapeuta se sente e vive a relação terapêutica.

Passamos ao capítulo seguinte, à abordagem metodológica, de forma a fazer um percurso, de maneira organizada e fundamentada, do sentir dos terapeutas ocupacionais, ouvindo-os de modo a dar significado ao seu sentir na relação terapêutica.

CAPITULO II

“De todas as coisas seguras, a mais segura é a dúvida”

(Bertold Brecht)

“Um fundamento filosófico é o que serve de base às decisões em matéria de metodologia” (Fortin, 2006, p. 19).

Os terapeutas ocupacionais, sabemos que para ocupar/tratar, a relação pessoal, a comunicação, é essencial e está inerente à ocupação e à essência humana.”

Luna (1988) citado por Arnoldi, refere-se à pesquisa numa perspectiva científica como *“uma actividade de investigação capaz de oferecer e, portanto, produzir um conhecimento ‘novo’ a respeito de uma área ou um fenómeno, sistematizando-o em relação ao que já se sabe”*. (in Arnoldi, 2008, p. 11)

O objectivo principal deste estudo é o poder contribuir para uma melhoria da qualidade de vida profissional do terapeuta ocupacional no seu percurso profissional, vivencia, sentir na relação terapêutica. Pretende-se perceber a forma como o terapeuta ocupacional vivencia alguns aspectos que o acompanham no processo terapêutico que é manifesto nas suas atitudes que se reflectem na qualidade da intervenção terapêutica e complementarmente na sua vivencia pessoal.

”Na terapia Ocupacional, a subjectividade dos conflitos ou disfunções internalizados é gradualmente expressa, na medida em que o sujeito concretiza e externiza a sua intenção por meio de o fazer” (Bastos, 2008, p. 6)

Tendo em atenção de que se trata de questões de carácter muito vivencial, subjectivo, seguiu-se a escolha de uma metodologia de forma a dar sentido e adequado a este estudo.

1. A escolha da metodologia

Munhall e Boyd, (1993) referem *“As investigações qualitativas fazem parte do paradigma naturista (ou interpretativo). Este está associado a uma concepção holística do estudo dos seres humanos, concepção saída de um certo nº de crenças que orientam todo o processo. Este paradigma encerra a crença de que existem várias realidades. Cada realidade é baseada nas percepções dos indivíduos e muda com o tempo. O conhecimento desta realidade não tem sentido senão para uma determinada situação ou para um contexto particular”* (in Fortin, 2006, p. 31).

Tendo em conta os aspectos anteriormente considerados, para este estudo empírico, elegeu-se como base para a investigação a metodologia qualitativa, por se pretender um contributo mais envolvente, particularizado e subjectivo, dos terapeutas ocupacionais. Tem como finalidade descrever, descodificar, dar atenção aos significados ao sentir dos terapeutas ocupacionais, assim como envolvê-los nesta temática. Verificou-se que o método escolhido tem a fundamentação adequada ao estudo proposto. O método qualitativo implica teoria, tem como fim comum criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, de falar de uma ordem que não é possível dividir.

Sabemos que os estudos aplicados à saúde e à pessoa encontram na metodologia qualitativa a característica de poder estudar o entendimento dos fenómenos de forma a entendê-los no seu significado individual e colectivo para a vida das pessoas, em vez de estudar o fenómeno em si. Dá importância ao significado que o fenómeno tem, para quem os vivencia e não tem como finalidade um resultado final matematicamente elaborado, enquanto os métodos quantitativos baseiam-se num plano previamente estabelecido (hipóteses e as variáveis bem definidas) tendo como finalidade um resultado matemático e estatisticamente comprovados, “...a investigação quantitativa, liga-se ao paradigma positivista, que concebe a realidade única e estática e segundo o qual os factos objectivos existem, independentemente do investigador, e os factos podem ser isolados. Quanto à investigação qualitativa, ela depende do paradigma naturalista, segundo o qual a realidade é múltipla e descobre-se progressivamente no decurso de um processo dinâmico, que consiste em inter-agir com os indivíduos no meio e de que resulta um conhecimento relativo ou contextual” (Fortin, 2006, p. 26). A metodologia qualitativa começa a ser mais aceite e aplicada a partir dos meados do séc. XX. Anteriormente, era vista como histórias curiosas, considerada de forma não científica, pois a ciência tinha uma postura positivista, exacta que era obtida através dos estudos pelos métodos quantitativos. Percebemos que as histórias e os seus diferentes contextos vivenciais, não estão desligados da realidade mais objectiva, mas essencialmente subjectiva na forma como é vivida e que estas vivências não estão compartimentadas mas interligadas.

Nas metodologias qualitativas a pesquisa vai sendo direccionada ao longo do estudo. Os estudos qualitativos são uma série de planos de investigação, que partem de pressupostos epistemológicos, filosóficos e metodológicos, caracterizados por serem o oposto ao que acontece ao modelo das ciências naturais. Touraine (1984), citado por Guerra diz que “O essencial é que a separação crescente do actor e do sistema seja

substituída pela sua interdependência, graças à ideia de sistema de acção... Em lugar de descrever os mecanismos de um sistema social, da sua integração e desintegração, da sua estabilidade ou mudança, os sociólogos devem voltar ao estudo das respostas sociais à análise dos mecanismos de autoprodução da vida social” (in Guerra, 2008, p. 15).

Actualmente, é um método considerado importante, na área social e da saúde, como uma forma de contribuir para uma melhor compreensão da vida humana, como uma fonte importante e rica, para se entender como surge o objecto de estudo e este se manifesta.

«... os factos sociais não são “coisas” e a sociedade não é um organismo natural, mas sim um artefacto humano. Do que se precisa de compreender o significado dos símbolos sociais, artefactuais e não explicar as realidades sociais “externas”. O ponto de vista “objectivo” ou “neutro”, recomendado pelo positivismo, é uma impossibilidade metodológica e uma ilusão ontológica: o objecto social não é uma realidade exterior – é uma construção subjectivamente vivida» (Léssard-Herbert, 1994, p. 48).

Temos consciência de que este estudo parte com a convicção que nada pretende provar em definitivo. Consideramos que é essencialmente uma reflexão em conjunto com outros terapeutas ocupacionais, acerca de uma vivência comum e única da prática clínica, assim como consideramos que esta é uma temática continuamente inacabada, pois o que lhe está implícito é um dos aspectos inerente ao ser-se pessoa. Está em contínua evolução e adaptação aos diferentes contextos terapêuticos, em que os sentimentos e emoções estão presentes.

1.1. Entrevistas

De acordo com esta metodologia, irá usar-se a entrevista, entrevista semi-estruturada, em vez da análise de documentos.

“ A entrevista é uma das técnicas de colecta de dados considerada como sendo uma forma racional de conduta do pesquisador, previamente estabelecida, para dirigir com eficácia um conteúdo sistemático de conhecimentos, de maneira mais completa possível, com o mínimo de esforço de tempo” (Arnoldi, 2008, p. 16).

Tem como objectivo a descrição verbal da vivência/experiência individual do terapeuta no contexto terapêutico relacionado com a relação terapêutica.

Segundo Lapierrière (2000), “Uma das principais vantagens da entrevista reside no contacto directo com a experiência individual das pessoas especialmente nas entrevistas dirigidas e semi-dirigidas. Mencionamos, entre outras vantagens, uma maior possibilidade de obter informações sobre temas complexos e carregados de emoção, uma taxa de resposta elevada e a obtenção de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas. O tempo requerido para a entrevista e o seu custo elevado representam inconvenientes. Os dados podem ser difíceis de codificar e de analisar” (in Fortin, 2006, p. 379).

As técnicas qualitativas são baseadas na relação com o outro. A entrevista em profundidade poderá representar para a investigação um instrumento privilegiado de análise da realidade. O contacto directo do entrevistado e entrevistador pode não anular o distanciamento que a ciência exige. Michelle Lessard Herbert e outros (1994) citados por Guerra referem *“Os métodos de investigação no campo são por vezes considerados radicalmente indutivos, mas essa concepção é falsa. É certo que, no início do trabalho e campo, o investigador não possui categorias de observação especificamente predeterminadas. No entanto, é também verdade que, quando chega ao campo, o investigador tem já em mente um quadro conceptual e objectivos de pesquisa. No trabalho de campo, e a indução encontram-se em dialogo constante” (in Guerra, 2002, pp. 25 - 26). Transforma a recolha de informação numa experiência que torna a própria investigação mais humanizada e a possibilidade de «ver por dentro». Pode-se dizer que tem a perspectiva do investigador e a do entrevistado.*

Segundo o antropólogo Roberto Da Matta, citado por Martis, *«a interacção complexa entre o investigador e o sujeito investigado “que compartilham, mesmo que muitas vezes não comuniquem, de um mesmo universo de experiências humanas”. O que permite superar nossos preconceitos em relação ao “outro”, ao diferente, é a possibilidade de dialogar com o nativo. É nessa possibilidade de diálogo que reside a principal diferença com as ciências naturais e o seu objecto: o objecto das ciências sociais “é transparente e opaco”, tem o seu ponto de vista, as suas interpretações que muitas vezes colam as nossas em xeque» (in Martis, 2004, p. 291).*

O entrevistador tem de estar devidamente preparado para a abordagem do tema, para que no decorrer da entrevista, as questões sejam colocadas de forma adequada e pertinente, *“deve planear bem o enquadramento da mesma, recorrendo a uma matriz,*

delineando os tópicos principais ou questões a debater, partindo das mais gerais para as mais específicas e estabelecendo uma calendarização para esse processo” (Fernandes, 2009, p. 1).

Pelas características inerentes a este tipo de pesquisa existem factores inconvenientes do uso da entrevista que são: o tempo, tanto ao nível da disponibilidade para o entrevistador como entrevistado, para a elaboração da entrevista assim como para o tratamento da mesma; a informação e a forma de a descodificar; a necessidade de criar uma relação de confiança para que haja confidencialidade; complexidade nas etapas de preparação; a observação por outros elementos e na interacção e a sinergia, que é um tipo de informação que é gerado pelo grupo

Conta-se à partida, que o entrevistado, a quem será pedida a colaboração antecipadamente, esteja de forma colaborante, motivado e de livre vontade.

A entrevista semi - estruturada caracteriza-se por ser uma entrevista que tem em conta os assuntos a serem tratados e não uma entrevista previamente preparada para se responder a um questionário/guião de entrevista. Deve-se ter em atenção que os tópicos da temática a tratar, na entrevista, “conversa”, vão de encontro aos objectivos do estudo em questão. O conteúdo do questionário/guião de entrevista deverá ser profundo e dar oportunidade à subjectividade, levando a um relacionamento recíproco e de confidencialidade. Por isso não tem um formato de questionário, de pergunta e resposta, as questões devem ser formuladas de forma a proporcionar ao entrevistado a disponibilidade para verbalizar o que pensa, quais as suas tendências e que haja espaço para reflectir a temática a estudar. *“As questões deverão ser elaboradas de acordo com o cerne das entrevistas.”* (Arnoldi, 2008, p. 47).

Privilegamos as vantagens desta técnica por serem de uma grande riqueza informativa, intensa, holística, contextualizada e personalizada, o poder-se ter um contraponto qualitativo de resultados com a possibilidade de indagação por meios que não são previstos e inclusos.

A escolha da metodologia deste estudo e a forma como é explorado, torna necessário contactar e perceber a disponibilidade dos terapeutas a participar no estudo através dos contactos pessoais.

A recolha de dados é por entrevista, gravada face a face e individualmente e o depoimento gravado. Procura-se que o entrevistado se sinta confiante e confortável com o entrevistador, devido à proximidade entre investigador e investigado. Temos que ter em conta as características da aplicação desta técnica nas suas vantagens e desvantagens.

As entrevistas devem decorrer, para entrevistado e entrevistador de forma confortável e amigável. Num ambiente em que a confidencialidade seja garantida e que a opinião do entrevistado seja respeitada. Estes princípios são importantes para ambos, durante todo o processo de investigação, pois no decorrer da pesquisa surgem aspectos de carácter pessoal.

A integridade e bem-estar na entrevista são da responsabilidade do entrevistador. O respeito é o que torna a relação do entrevistador e entrevistado mais sólida. O entrevistador é o responsável pela orientação e condução de todas as entrevistas e estudo. O entrevistado é o responsável pelas suas respostas que deverão ser integralmente respeitadas.

Partimos para a entrevista deste estudo, tendo em conta alguns aspectos relacionados com a questão do estudo e bibliografia associada à temática. Os aspectos a ter-se em conta, são nomeadamente o guião da entrevista, o instrumento a usar pelo investigador no estudo. Numa 1ª fase, o guião da entrevista, teve de ser construído em função dos objectivos que decorrem da questão do estudo. *“Claro que se pretende uma relação de neutralidade face ao conteúdo do que é dito, mas a ética da relação estabelecida nas entrevistas é comunicacional não só relacional, pelo que se revelam fundamentais as capacidades de empatia e de interacção humana”*. (Guerra, 2002, p. 52).

A forma em que a entrevista decorre e que as questões importantes para este estudo sejam colocadas, é importante. Estas não devem ser colocadas de modo a serem respondidas directamente. Estas vão sendo introduzidas, de acordo com o percurso da entrevista, tentando que seja uma *“conversa informal e fluida”* (Guerra, 2008, p. 53).

Ao pensar-se a entrevista, tendo por base os objectivos do estudo, teve-se em conta a opinião da vivência e sentir do terapeuta ocupacional na relação terapêutica, nos aspectos relacionados com a formação académica e profissional, sentimentos e emoções no percurso desta vivência no processo terapêutico, a gratificação, os

aspectos a respeitar inerentes à relação terapêutica e os cuidados e sugestões para uma melhor qualidade de vida do terapeuta ocupacional no percurso da vida profissional.

Os aspectos referidos são abordados, questionados, de uma forma flexível, uma vez que se pretende uma opinião subjectiva do entrevistado. Estas são as questões com que partimos para esta investigação. No decorrer da entrevista, surgem outras questões, que o investigador terá que ter em conta. No entanto, necessita simultaneamente que se adapte e vá de encontro às atitudes do entrevistado e simultaneamente aos objectivos do estudo.

1.2. Análise das entrevistas

“Cada indivíduo tem um mundo interno diferente, e o estímulo tem um significado para cada um”. (Yalom, 2006, p. 60).

O paradigma científico que contextualiza este estudo é o construtivismo, pois requerer capacidade de interacção para identificar construções individuais de significado.

A subjectividade entre entrevistador e entrevistado deve ser levada em conta, pois poderá transformar-se em dados relevantes para os resultados e os objectivos a serem alcançados. No decorrer da entrevista, a opinião do entrevistador não é importante, na medida que pode influenciar as respostas. Pretende-se a maior neutralidade e aceitação possível, aquilo que se quer é a opinião pessoal do entrevistado. O entrevistador deve posicionar-se a tentar ser o mais neutro possível, tentando não manifestar a sua opinião. Esta neutralidade estará sempre um pouco comprometida, uma vez que este tipo de abordagem requerer que o entrevistador tenha um papel activo, de interacção no decorrer da entrevista de modo a proporcionar um ambiente confortável, de cumplicidade e de confiança. O objectivo é dar-lhe sentido, após o tratamento dos dados. *“O significado tem uma função estruturante, em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo as suas vidas, incluindo seus próprios cuidados de Saúde.”* (Turato, 2005, p. 507).

As competências a ter em conta, por parte do investigador na elaboração do estudo, é a capacidade de objectividade na interpretação dos dados recolhidos, sem retirar a subjectividade pretendida e a capacidade de síntese.

A técnica de análise de dados que está implícita na investigação é a técnica de análise de conteúdo. O tratamento do conteúdo, após a transcrição das entrevistas é indutiva de forma a aproximar-se o mais perto possível do material recolhido na entrevista e posteriormente agrupar por proximidade de opiniões e posturas. Referindo-se à 1ª definição de Berelson (1948), Ungaretti, diz que *“a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”* (in Ungaretti, 1998, p. 36).

Não existe uma única forma de análise de conteúdo, pois as entrevistas e os estudos são sempre diferentes. A análise de conteúdo tem de estar orientada para um tema, objectivo. Delimita-se o campo a trabalhar, para se distinguir o que interessa ou não. Na análise qualitativa a compreensão exacta do sentido é fundamental. É necessário reler o material, alternar releituras e interpretações e interrogar as evidências, funcionando por sucessivas aproximações, assim como ter uma percepção geral e integrada do todo de cada entrevista.

O tratamento dos dados passa pela selecção de um conjunto de informações, das quais se tiram as conclusões e decisões *“... a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teóricos-analítico cuja articulação permite formular as regras de inferência”* (Guerra, 2008, p. 62).

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Seguindo-se a análise de conteúdo de forma a gerar os dados a serem trabalhados. Os dados serão gerados no âmbito do curso desta investigação, por isso primários. No entanto, não se tem conhecimento de dados secundários, gerados em outros projectos de investigação.

Temos o conhecimento da definição dos conceitos e princípios a ter em conta para se tratar este estudo. O tratamento dos dados passa pela selecção de um conjunto de informações, das quais se tiram as conclusões e decisões.

2. Caracterização da amostra

O método fenomenológico é o fundamento filosófico. O objecto, é o significado da experiência vivida pelos terapeutas ocupacionais no contexto da relação terapêutica. Por se tratar de um estudo, em que a vivência subjectiva é essencial, temos em conta as características inerentes ao estudo e os requisitos necessários para a validação estudo, sendo para isso necessário ter objectivos bem definidos para a escolha da amostra.

Sendo o principal objectivo, perceber como os terapeutas ocupacionais sentem e estão consigo próprios, no investimento / envolvimento na relação terapêutica. Pretende-se uma amostra de indivíduos (terapeutas), que tenha algum tempo de experiência da prática clínica. A decisão desta escolha reside no facto de se pretender que a informação obtida, não obedeça exclusivamente a princípios teóricos e académicos, concebidos como objectivamente correctos. Este critério é justificado, pelo facto de se pretender que a amostra seja com terapeutas ocupacionais experientes e que a abordagem à temática da entrevista seja um conhecimento vivenciado, onde as aptidões relacionais estão já experienciadas e sentidas num crescimento complementado. Pretende-se um todo e com a particularidade de cada uma das áreas específicas da actuação profissional. Assim, optou-se que a amostra fosse constituída por terapeutas ocupacionais com mais de dez anos de profissão e cinco anos de desempenho profissional na área que actualmente exercem.

Os terapeutas ocupacionais exercem a sua profissão em diferentes áreas médicas de intervenção terapêutica. Por este motivo, optou-se por ser uma amostra de casos múltiplos e por contraste, para se ter alguma especificidade do que pretendemos em cada área de actuação e poder obter-se uma visão mais global. Tendo em conta este aspecto, optou-se para que esta amostra fosse constituída por um universo por vinte elementos, correspondendo a cinco de cada uma das quatro áreas específicas, escolhidas para o estudo. Distribuiu-se estas áreas da seguinte forma: cinco num grupo que consideramos como diversos (dois elementos de área da Toxicoddependência, dois da área da Geriatria, um da área dos Centros de Saúde e na Comunidade); cinco da área de Crianças e Jovens; cinco da área da Medicina Física e Reabilitação e cinco da área da Saúde Mental Adultos.

A decisão desta escolha, tem a ver com o dar uma importância transversal a todas as áreas de intervenção da terapia ocupacional e por entendermos, que em todas ela a relação terapêutica tem a sua importância e estas poderem ser consideradas as

grandes áreas de actuação e as mais significativas de actuação actual, do terapeuta ocupacional.

O aspecto comum que define esta amostra, é que todos os elementos são terapeutas ocupacionais, com mais de dez anos de profissão e mais de cinco na área de trabalho actual. O que diferencia destes elementos é o facto de estarem agrupados de acordo com as áreas onde exercem actualmente a sua actividade profissional.

Devemos ter em conta as dificuldades inerentes a esta escolha, como sendo a necessidade de uma grande disponibilidade de tempo para a elaboração do estudo (pesquisa), a distância entre as localidades onde se distribui a amostra, o tempo necessário para o tratamento das entrevistas e dos respectivos dados.

O nº de elementos da amostra, pode ser considerada limitada, o que poderá de alguma forma comprometer os objectivos a atingir, no entanto, o que se pretende é dar significado à reflexão sobre esta temática. *“Na pesquisa qualitativa, não é a quantidade de pessoas que irão prestar informações que tem importância, mas, sim, o significado que os sujeitos têm, em razão do que se procura para a pesquisa”* (Arnoldi, 2008, p. 53). A amostragem seleccionada é viável e credível. O estudo é exequível, podendo no entanto ser demasiado trabalhoso para a disponibilidade de tempo existente, mas pareceu-nos importante correr esse risco.

É uma amostragem por conveniência, por escolha racional, uma vez que consiste na escolha de indivíduos correspondente a características previamente estabelecidas, tendo o cuidado, dentro do possível, o poder-se entrevistar terapeutas ocupacionais de locais de trabalho diferentes, se possível.

Os entrevistados, foram maioritariamente contactados pessoalmente por telefone, à excepção de dois contactados através de uma colega e dois pessoalmente, antes do início da entrevista. Solicitou-se a autorização para a realização da mesma e explicado o que se pretendia com a entrevista.

Estabeleceu-se com os entrevistados o compromisso de sigilo. O local escolhido para a realização da entrevista foi de acordo com o entrevistado e entrevistador de forma a ser o mais confortável para ambos.

3. Trabalho de campo

“A experiência não permite nunca atingir a certeza absoluta. Não devemos procurar obter mais que uma probabilidade” (Bertrand Russell).

Partimos para a análise das entrevistas obtidas, acerca da vivência individual no contexto terapêutico, dos entrevistados. Estes são os terapeutas ocupacionais entrevistados, o objecto de estudo e o terapeuta que investiga, o instrumento do estudo. Podemos considerar que há algum paralelismo, pela forma como decorreram estas entrevistas e as que decorrem num contexto de terapia, por se tentar perceber como cada um sente e vive a sua experiência relacional. *“... Carl Roger, nos anos 50, lançou as bases da entrevista não directiva em psicoterapia. Segundo ele, a finalidade da terapia consiste em ajudar o sujeito a exprimir-se e a libertar-se dos entraves que o impedem de aceder à própria verdade. O terapeuta só lá deve estar como revelador, reformula o que é dito, exprime o que capta”* (Luc Albarello, 2005, p. 92). Esta entrevista, é realizada por um terapeuta ocupacional com uma vivência clínica prática, vivida de e sentida acerca do assunto a ser estudado. Investiu-se para que a entrevista decorresse, o mais possível, num ambiente neutro e confortável para ambos, numa postura de respeito pela opinião de cada um dos entrevistados.

“Segundo Biasoli-Alves (1998), na entrevista, existem caminhos que se definem por depender da relação entre uma pessoa que pergunte e outra que é detentora da informação, respondendo á 1ª, mas através de um estabelecimento de empatia. Têm-se por meio da Entrevista (relato oral), informações sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das acções, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistados... a subjectividade entre entrevistador - entrevistado deve também ser levada em conta, pois poderá transformar-se em dados relevantes para os resultados e objectivos a serem alcançados” (Arnoldi, 2008, p. 23).

Deve-se ter em conta, que os dados obtidos são produto desse encontro, dessa entrevista entre duas pessoas, que são colegas de profissão e o momento / tempo em que decorreram. A principal preocupação foi que esta entrevista, acontecesse de uma forma agradável, em que a postura individual, tanto a nível profissional como pessoal, fosse respeitada e aceite, com a ausência (a possível) de crítica, como é obvio e considerada válida, por ser única e fruto da vivência individual do entrevistado.

Um dos aspectos a considerar, é a atitude de todos os elementos que participaram, de uma forma muito disponível e cordial, que contribuiu para que o espaço da entrevista, fosse muito rico e individualizado. Esta forma de participação, por parte do entrevistador e entrevistado, foi facilitadora e proporcionadora de um ambiente empático, também este muito importante para o que é pretendido desta reflexão. Este ambiente e a temática debatida, levou a que por vezes, tivessem aparecido aspectos do foro pessoal e íntimo, mais confidenciais, com a exteriorização e manifestações de sentimentos e emoções.

É de referir que muitos dos entrevistados trabalham sozinhos, como terapeutas ocupacionais e ou em equipas pouco funcionais. Por este motivo, esta entrevista, “conversa”, para alguns, tornou-se um momento privilegiado, poucas vezes vivido, uma oportunidade para discutir a profissão e de se poder falar do que se sente em terapia. O entrevistador sentiu o privilégio de poder contar com a confiança e disponibilidade destes, assim como estas entrevistas se tornaram momentos únicos de aprendizagem e de aquisição e troca de conhecimentos para ambos.

“Uma das principais vantagens da entrevista reside no contacto individual das pessoas (Laparerrière, 2000), especialmente em entrevistas não dirigidas e semi-dirigidas. Mencionamos, entre outras vantagens, uma das maiores possibilidades de obter informações sobre temas complexos e carregados de emoção, uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas” (Fortin, 2009, p. 379).

As entrevistas, gravadas em voz, deram lugar a que a maioria dos entrevistados solicitasse a importância do sigilo, apesar de este ter sido referido no compromisso inicial, anterior á entrevista.

Por ser importante manter o compromisso de sigilo, assumido anteriormente à entrevista e no decorrer desta, tornou-se necessário optar por uma identificação que o honrasse. Os aspectos comuns previamente estabelecidos para o estudo (dez anos de prática profissional, cinco na actual área de trabalho, cinco por cada área profissional, Psiquiatria e Saúde Mental, Crianças e Jovens, Medicina Física e de reabilitação e Diversos), foram todos respeitados, assim o que poderá diferencia os elementos da amostra, é o nome próprio e área e local de trabalho em que exercem a profissão actual. Os locais de trabalho dos entrevistados distribuem-se pelo Algarve, Alentejo, Beira Baixa, Estremadura Ribatejana, Lisboa, Minho e Porto. O local onde se realizou a entrevista, foi uma escolha de acordo mútuo. Por este motivo, o local de trabalho não será identificado, por alguns dos terapeutas ocupacionais serem únicos

nesses locais. Assim, o nome será substituído por um número, este correspondente à sequência pela qual foram entrevistados e a área em que actualmente exercem a sua prática clínica. (ex: “30, Saúde Mental Adultos”).

As características mais personalizadas são difíceis de se quantificar e são susceptíveis de serem diferentes, se realizadas em outro contexto, por exemplo, realizada numa outra altura, com outro entrevistador e com outros entrevistados. Assim, usaremos uma terminologia como: tendência, maioria, minoria... Trataremos a quantidade de elementos em análise, sempre que necessário, de forma numérica e não por percentagem de alguns dos dados gerados.

A média de tempo por cada entrevista, oscilou entre cinquenta a cento e setenta e cinco minutos, dependendo do decurso e das especificidades inerentes a cada encontro. *“As entrevistas têm um tempo muito variável... De qualquer forma, o tempo desejável para não criar mal estar no entrevistador é de duas a três horas.”* (Guerra, 2008, p. 61)

Após se ter feito as gravações, passou-se à fase de transcrição escrita das mesmas e à conseqüente reflexão, não só acerca do conteúdo destas mas também, do modo como foram acontecendo na sua globalidade, tendo em conta uma apreciação do percurso individual de cada entrevista, o aspecto do todo de cada entrevistado e o global das entrevistas.

O ponto que se segue foi reorganizado, tendo em conta a sequência de surgimento dos temas nas entrevistas:

- Introdução ao tema a relação terapêutica abordagem ao tema “relação terapêutica”.
- Formação académica.
- A vivência da relação terapêutica no percurso profissional.
- A gestão dos sentimentos e emoções no contexto terapêutico .
- Os princípios a ter em conta na relação terapêutica.
- As propostas que contribuam para uma melhor vivencia profissional, na relação terapêuticos.

Em termos práticos, tentou dar-se à entrevista, como já foi referido, com um carisma de envolvimento pessoal, com o objectivo de uma colheita de dados de carácter

subjectivo. Assim, poderemos dizer que as entrevistas caracterizaram-se, primeiramente, por proporcionar um ambiente confortável, acolhedor, com a introdução do tema, com o relembrar os objectivos a que se destina e os compromissos a serem respeitadas. Nas fases seguintes, sucedeu-se o desenvolvimento do tema e numa fase final, a conclusão da entrevista e as considerações finais.

Na continuação desta reflexão, iremos dar sentido ao conteúdo das entrevistas, tendo em conta uma ordem, o mais concordante possível, em conformidade com o decurso das entrevistas e passaremos a tratar os entrevistados, terapeutas ocupacionais, por terapeutas, por se sentir que em termos de linguagem é mais concordante com a realidade do tema abordado.

... o início...

“Parece-me muito importante, falar sobre a relação terapêutica, mas que raramente se nos coloca a nós próprios... e raramente se coloca em situação nenhuma...” 1 - Crianças e Jovens

3.1. A importância de se abordar o tema “o sentir do terapeuta na relação terapêutica”

A valorização deste aspecto, a introdução da temática a ser tratada, pareceu-nos importante valorizar no estudo, porque ao ser abordado o tema a tratar-se, no início da entrevista, “o sentir do terapeuta na relação terapêutica”, explicando-se que tinha como finalidade a elaboração de uma tese de mestrado, os terapeutas mostraram-se de imediato interessados, referiram na importância e na possibilidade de se poder reflectir acerca da relevância deste assunto. Assim, tivemos uma primeira ideia se era ou não uma temática abordada na prática clínica de cada um e qual a motivação para se poder conversar acerca desta entrevista.

“Perfeitamente. Não costumo falar do tema...não falo...” 19 - Diversos

Esta necessidade foi entendida e valorizada pelo entrevistador, pois tornou-se um meio facilitador, para ambos, para iniciar o tratamento desta temática. Serviu como um momento de aquecimento, à conversa, paralelamente idêntico ao que acontece numa entrevista no contexto terapêutico.

“Relação terapêutica é a área mais importante do meu trabalho. A base para tudo...!” 12 – Psiquiatria e Saúde Mental

A maioria dos terapeutas, manifestaram-se de forma espontânea, que era da maior importância e prioritário começar a dar-se uma atenção específica e cuidada a este aspecto, que muitas era vivido de forma individual, muito solitária, poderemos dizer, consigo próprios.

“... muitas vezes vivida de forma solitária...” 1 – Crianças e Jovens

É interessante salientar que os cinco terapeutas da área de Medicina Física e Reabilitação, foram dos que mais entusiasmo mostraram e manifestaram, que para eles era muito importante valorizar-se a relação terapêutica.

“ Muito importante na reabilitação física. Trabalha-se muito com o corpo, no toque, no mexer, no toque até em partes do corpo mais intimas... uma boa relação facilita a da aplicação da técnica...” 4 – Medicina física e de Reabilitação.

Foi referenciado por muitos dos terapeutas a importância e a diferença existente na forma de como os terapeutas ocupacionais se relacionam no contexto terapêutico, em comparação com outros profissionais, técnicos, com quem trabalham. Esta diferença foi referida, tendo em conta a necessidade dos terapeutas ocupacionais, em estabelecer uma relação próxima, mas simultaneamente distante em terapia, na ocupação terapêutica.

“É fundamental. Os Terapeutas Ocupacionais têm formas diferentes dos outros (técnicos) de estar na relação terapêutica. Temos uma proximidade distanciada. Na ocupação, a actividade muitas vezes tem de se fazer, de se estar em conjunto” 5 - Diversos .

Referem maioritariamente, a necessidade de se poder abordar e falar acerca de como nos sentimos na relação terapêutica. Pois esta, está sempre presente em todos os profissionais que trabalham com pessoas. Consideram também, que apesar de ser muito importante, muitas vezes não é abordada entre os profissionais, tanto pelos terapeutas ocupacionais como pelos outros, pela equipa.

“Muito importante, deveria ser abordado com frequência por terapeutas e por pessoas que trabalham com pessoas. Não se fala sobre ela, está

subentendido. Toda a gente diz ser muito importante, mas depois na prática não há esse cuidado. É uma coisa vivida, mas de forma calada.” 9 - Crianças e Jovens.

Também surgiram expressões, ligadas à relação, como sendo um contexto gerador de prazer e de sofrimento e que é óbvio no tipo de trabalho que executam, mas que quase nunca se fala dele.

“nós na relação percebemos o sentimento ...(lágrimas)...é uma coisa que é complicada...” 1- Crianças e Jovens

“É importantíssimo!... hihihhi... experimento a relação terapêutica à vinte e muitos anos...hihhi... não que fale muito acerca disso” 16 - Diversos.

3.1.1. Definir Relação Terapêutica

Teoricamente consideramos a relação terapêutica, como sendo uma relação entre pessoas, no desempenho de diferentes papéis. A definição de relação terapêutica não foi previamente pensada, surgiu maioritariamente de uma forma espontânea, com o objectivo de ser colocada na entrevista, mas esta surge em continuidade da necessidade de os terapeutas se situarem nesta temática. Tornou-se importante, pois a forma como a relação terapêutica é descrita, dá para perceber cada um dos elementos são aí colocados. Teve um papel organizador e facilitador para ambos, apesar da forma descomprometida como surgiu.

“A relação terapêutica implica pelo menos duas pessoas, com tudo aquilo que as duas pessoas trazem da sua vida... É uma relação empática!? ... estar no lugar do outro não é fácil! O outro tem coisas que nós não conhecemos. Relação é de envolvimento mútuo. O local onde se desenrola a terapia, contexto limitado – contentor da relação. Saber os limites... as regras mútuas. Envolvimento mútuo”. 1 – Infância e Jovens

Esta foi definida essencialmente, pela maioria dos terapeutas que sobre ela se detiveram, como sendo uma relação, entre pessoas.

“É fundamental a relação humana. Em qualquer área o terapeuta tem de estabelecer uma boa relação com o doente... É importante a outra pessoa perceber que se está, que estamos daqui deste lado, apesar de ser um lado diferente, temos um percurso em comum. Enquanto terapeuta e

estabelecida de uma relação terapêutica, temos um caminho comum, podemos mostrar as diversas estradas que pode percorrer, que pode optar. Mas é importante perceber que estamos para mostrar, não é encaminhar... O tratar-se os utentes como pessoas, dignifica ver essas, como pessoas que o são. Cada um de nós tem a sua personalidade” 10 – Diversos.

Alguns dos terapeutas ligados à área Crianças e Jovens e à Medicina Física e Reabilitação, foram os que implicaram a família na relação terapêutica.

A 1ª impressão é muito importante, a empatia, que se tem por alguém, pode mudar com o tempo. Faz com se veja e esteja com o doente como um todo. Família, sociedade, trabalho. A relação terapêutica vai para além do doente, vai também até família” 3 - Medicina Física e de Reabilitação.

“Também tenho que estar, trabalhar com os pais. As frustrações e expectativas deles... É muito importante como nos colocamos perante eles, como nos apresentamos...” 17 – Crianças e Juventude

3.1.2. Comunicação

A comunicação não foi abordada pela maioria, pelo menos de uma forma explícita. Percebendo-se, entanto, que maioritariamente esta esteve sempre de alguma forma subentendida. Poderemos sim, considerar que maioritariamente, não se detiveram muito neste ponto de uma forma aprofundada e / ou descritiva, foi surgindo, ou percebendo-se no percurso da entrevista.

“A postura nota-se logo. Também se sente muito fisicamente... tenho que ver como o paciente vem e como vai... ver a pré disposição para... o modo como mexe os ombros... para além da comunicação oral tem de haver uma comunicação táctil, visual, olfactiva... aprende-se a jogar com a comunicação... a forma como me coloco em frente ao outro...” 14 – Medicina Física e Reabilitação

Foi referido que a forma e a qualidade da relação terapêutica, são directamente influenciadas pelo tipo de comunicação estabelecida.

“É uma coisa muito séria. Quanto mais tempo passa, mais sinto a seriedade do que é trabalhar com o outro. É importante a comunicação que estabelecemos, como estamos na comunicação” 20 – Crianças e Jovens

Foi abordado por alguns terapeutas, a forma como a comunicação está associada e directamente ligada à relação terapêutica. No entanto, não são referidos aspectos mais detalhadas e mais específicos acerca da comunicação, ou melhor teoricamente percebe-se que há pouco fundamentação teórica.

“... é a relação que se consegue manter com a pessoa, no verbal e não verbal. Quando a pessoa nos consegue perceber, o que somos, o fazemos... É aquilo que fica. O 1º impacto é importante. Por vezes logo à 1ª sinto se vai dar ou não...” 18 – Diversos.

Referiram-se essencialmente à comunicação, pela forma como se está verbal e não verbalmente e à aparência pessoal, como sendo a principal forma de como o terapeuta e cliente são entendidos, percebidos, um pelo outro. Alguns abordam estes aspectos como provenientes e já integrados na aprendizagem académica, com especial ênfase a regras ligadas à aparência pessoal profissional e a importâncias desta na comunicação.

“Na relação... é importante... tens de te apresentar como profissional credível. Vestir uma farda, representa uma função, que estás a representar um determinado papel... não aceito bem... que não se fardem, não calcem meias quando tiram os sapatos para trabalharem no colchão... não se pode estar com crianças com pulseiras, brincos que podem magoar...” 17 – Crianças e Jovens

A comunicação, como importante e determinante para a forma se estabelece relação não foi referida explicitamente, descritivamente, por todos os terapeutas, no entanto esta esteve sempre subentendida por todos, durante todo o percurso da entrevista como importante para a forma como é construída a relação.

3.1.3. Empatia

A importância da empatia, foi surgindo ao logo da entrevista e sempre associada à qualidade e como essencial na relação terapêutica, como sendo a percepção de como o terapeuta, sente e está com o cliente.

“É saber perceber o que o utente é como pessoa, eu conseguir trabalhar com ele, sem transmitir os meus preconceitos, saber motivá-lo... arranjar um espaço comum.” 19 – Diversos.

A maioria dos entrevistados abordaram a empatia como sendo fundamental para a construção da relação terapêutica.

“A relação empática está na relação terapêutica, na compreensão do outro. Relação empática é a compreensão do outro. Não há relação terapêutica se não houver empatia” 5 – Diversos

O 1º encontro é referenciado como muito importante para a definição de uma relação empática. Se o 1º encontro for bem sucedido, o prognóstico da relação terapêutica também será bom.

“Empatia, a 1ª impressão que se tem de alguém, pode mudar com o tempo.” 3 – Medicina Física e de Reabilitação

O conceito empatia surgiu ligado à relação terapêutica, como sendo um conhecimento académico, muito importante para a relação com o cliente. No entanto, percebe-se que não há uma definição e ou melhor uma descrição teórica, objectiva (como uma descrição) e comum a todos.

O aspecto mais objectivamente referenciado por todos e aprendido na formação académica, em relação à empatia, é “o de saber colocar-se no lugar do outro”.

“Empatia... é pormo-nos no lugar do outro” 2 – Medicina Física e de Reabilitação

Os outros aspectos mais concretos referenciados são a compreensão do outro, no empenho mútuo, no que se sente no 1º encontro em relação ao outro.

“Empatia é uma relação das duas partes, que chegou a uma sintonia. Um sentir o outro. Certo? Quando acho que o outro vale a pena. Consigo investir mais.” 14 – Medicina Física e Reabilitação.

É significativo, que para a maioria dos terapeutas ao tentarem desenvolver o conceito de empatia, este não ocorre de forma fluida, nem concreta, como algo que não tem uma aprendizagem concreta, embora refiram que é um conhecimento académico.

“ A empatia é... consigo melhor definir a não empatia que a empatia... lá está, a não empatia ocorre menos vezes, felizmente! É o ter dificuldade de estar com alguma pessoa, que te cause alguma... não sei... dificuldade na relação... no

momento estar com...hum...lá está a não empatia é mais raro acontecer mas não nos sentimos tão bem a trabalhar essa pessoa...” 1 – Crianças e Jovens.

Esta aparece ligada a factores mais abstractos e de carácter mais subjectivo. Uma vivência que não está dependente da vontade objectiva, concreta do terapeuta, ou de um conhecimento específico de carácter mais científico. É descrito como algo que “se sente”, uma “intuição”, “um sentir sem se saber descrever”...

“Há doentes que tenho dificuldades... e quando se fala do assunto... é olharmos para aquela pessoa e dizermos “gosto dela”, “vou gostar de trabalhar com este serzinho”, “é uma pessoa com postura!”. A empatia é... “a coisa é ou não é!”. A gente tem empatia por aquele doente porque tem algo que nos toca...” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Empatia requerer uma química. Não sei explicar, é um 6º sentido. É um campo, que tens no imediato, com outras pessoas às vezes é ao longo do tempo... Pode-se construir ou até destruir. É um campo magnético de uma carga positiva que é comum. Isso é empatia! Não se consegue construir. Empatia é um princípio de um bom relacionamento e isso não se consegue construir... É químico, é transcendente. Há sinais..., como o riso... É uma porta aberta para essa energia”. 10 – Diverso.

3.2. Formação Académica

Todos os terapeutas referem que a formação académica, relacionada com a relação terapêutica, seria fundamental para a prática profissional, tanto a nível teórico como prático.

“Dizia-se que a actividade mediava a relação terapêutica, actualmente pensamos que a relação vem 1º. Aprendemos que devemos ter uma proximidade distanciada... Sensibilizada para uma relação de ajuda. Em termos teóricos, acerca da terapia ocupacional, há uma alteração de 180º, desde a altura que tirei o curso para hoje” 5 - Diversos

Todos os terapeutas entrevistados abordaram, uns de forma mais directa e outros de forma mais implícita que a formação académica lhes tinha dado alguns conhecimentos acerca da relação com o cliente, assim como alguns destes, ainda os aplicavam na prática. Referiram que lhes tinham sido dado alguns princípios teóricos.

“Falaram de limites. Isso foi a única coisa que deu para reflectir na prática.” 3 – Medicina Física e de Reabilitação

“Trazia algumas linhas orientadoras da escola. Falou-se numa perspectiva holística, a pessoa como um todo e o todo está relacionado com isso. Disseram-me que tinha que ter uma relação empática. Não nos podemos emocionar e deveremos ser distantes e rígidos. Na perspectiva da escola era tudo muito estanque. Tudo mais teórico. Tivemos alguns workshop sobre dinâmicas de grupo, que ajudou como ponto de partida.” 4 – Medicina Física e de Reabilitação

Minoritariamente, dizem que nada tinham abordado. O que se verificou durante a entrevista, é que apesar de não serem significativos, alguns princípios teóricos tinham sido abordados academicamente.

“Já saí da escola à uns anos. Mas efectivamente... no tempo em que fiz o curso, esse não era um aspecto referido como muito importante... Depois foram os estágios que fiz, onde se valorizou muito. Não aprendi nada de prático. Davam-nos muitos exemplos... Depois foram os estágios que fiz, onde se valorizou muito ” 11 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“ Não nos deram grandes teorias, deram alguns concelhos, também não sei se as tinham na altura...” 19 – Diversos

Referiram maioritariamente que os conhecimentos adquiridos foram escassos e a grande maioria desses, não faziam grande sentido na prática. Alguns não verbalizaram mas mostravam por uma linguagem não verbal que estavam em desacordo com a aprendizagem escolar.

“O pouco que aprendi na escola cada vez ponho mais em duvida. Aprendi: distância do doente, distância afectiva, os doentes deviam-nos tratar por terapeuta e o apelido, para ser um tratamento o mais impessoal. Tudo muito certinho e rígido na relação, impermeável, frígido, contido... como uma barreira... Aprendi só nos estágios. Foi determinante para perceber a importância na relação.” 3 – Medicina Física e de Reabilitação.

“Fala-se muito de avaliações, baterias mas de relação pouco. ... relação muito distante. Ser terapeuta era chegar, avaliar e implementar. 12 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Em termos globais, um grande número dos terapeutas, diziam-se inicialmente pouco preparados, para viverem a relação terapêutica.

“Acho que andei uns anos, meio perdida e fui-me encontrado ao longo do tempo com a ajuda de colegas. Precisava de mais formação. Precisava de aprender muito.” 8 – Crianças e Jovens.

Os estágios, foram referenciados, como muito importantes para o entendimento do que é a relação terapêutica.

“Era fundamentalmente isto: Estabelecer uma boa relação com os doentes e colegas... Acabamos o curso e temos a ideia que uma coisa é o doente e outra somos nós terapeutas... Essa relação pode fazer parte do tratamento, partimos sempre ao contrário. Partimos sempre da distância... A prática que se traz do curso é nos estágios. Durante o curso não se aprende como se deve relacionar com ninguém... Aprende-se com a vida!...” 10 – Diversos

Um pequeno grupo de terapeutas, referiram-se satisfeitos e com muita utilidade o que tinham aprendido na vida académica.

“Trouxe muitos princípios da escola. Não só em termos teóricos e o que é importante para um terapeuta ocupacional por na prática clínica. Tem de se ter muita atenção ao outro, muito respeito, assim como na forma como nos apresentamos fisicamente ao outro, na aparência... Trouxe por exemplo: a apresentação pessoal, não andar com os cabelos em cima dos doentes, não trazer montes de colares e de brincos, manter aquela distancia confortável.” 13 – Psiquiatria e Saúde Mental

Foram valorizados por alguns, os estágios e os conhecimentos dados acerca da relação terapêutica, na cadeira de Terapia Ocupacional em Saúde Mental, não sendo referidas outras disciplinas.

“Vinha preparada teoricamente. Tive um bom estágio em Saúde Mental. Quando fui para estágio não queria Saúde Mental. A prática foi fundamental.

Dá-nos mais segurança na escolha das áreas de trabalho. Os estágios dão-nos feedback. Nos estágios de saúde mental, aplicávamos a actividade a pretexto da relação terapêutica. Aprendi que devia haver limites, mas não era sentido. Qual o limite?... Isso estrutura-se com o tempo...” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental

3.2.1. Relação docente / aluno

Houve referências à postura formal e desfasada da realidade relacional entre docentes e alunos, como podendo ser visto como um modelo de referência na relação entre pessoas com diferentes papéis. Este pode ser um modelo que os futuros terapeutas transportam para o contexto terapêutico e assim, depararem-se com situações desfasadas da realidade

“Não tivemos aprendizagem nenhuma a nível relacional. Tive que ser outro. Outra pessoa. Parecia não ser aceite. Foi-me imprimido que me tinha que “anular” da minha personalidade de pré adulto e tinha que ser um “homem”. Isso confundiu-me e meti os pés pelas mãos. Mas os terapeutas professores, não perceberam isso” 14 – Medicina Física e de Reabilitação.

... o meio...

“... na relação, só entra a minha parte pessoal... aprende-se com a vida, no dia a dia... no curso disseram-se que a relação era muito importante, mas aprendi na prática...também dá prazer... também dá dor...” 10 – Diversos.

3.3. A vivência da relação terapêutica / técnica no percurso profissional

A vivência de qualquer situação através do tempo, normalmente tem um sentir diferente, independentemente do seu percurso.

“Do ponto de vista teórico eu não encontrava um conjunto de definições e de regras que me ajudassem, que me facilitassem a vida na relação terapêutica. Talvez houvesse um conjunto de coisas que eu não tinha limitadas. O que

contribuiu para complementar o bom senso, eram as características pessoais, mas já condimentadas com 3 anos de curso. Com isso eu também já não era a mesma pessoa.” 16 – Diversos

3.3.1. Postura do terapeuta ocupacional, na relação terapêutica, no início da actividade profissional

Maioritariamente os terapeutas, no início da profissão, sentiam uma maior segurança com a técnica. Atribuíam a esta, a grande responsabilidade pela qualidade da terapia, o saber mais objectivo. Maioritariamente referenciam a dificuldade de se relacionarem com o cliente, de acordo com a aprendizagem que lhes tinha sido dada. Assim, a técnica vinha de algum modo proteger a dificuldade relacional, ou melhor, a não valorização da relação. Alguns referenciam que se questionavam se realmente eram bons técnicos, pois comoviam-se com algumas situações e até chegavam às lágrimas e até se divertiam.

“No início era mais técnica pura e dura”...Quando acabamos o curso pensamos que somos soberanos do conhecimento e que o doente deve acatar as nossas directrizes... A relação terapêutica não foi uma área que me interessava inicialmente” 2 - Medicina Física e de Reabilitação.

“ No início preocupava-me com a actividade, a ocupação, sentia que era o que tinham ensinado e sentia mais segurança... O medo de todos nós, penso eu: o que digo? ...que atitude devo ter? ...se o utente não queria aderir o que deveria fazer, e se o doente fosse mal educado?... Pensava que ser terapeuta era chegar, avaliar e tratar! Não trazia o sentido de espera e paciência que temos que ter...Na escola não saímos com a ideia que investimos na relação também por prazer.” 12 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Muitas das vivências relacionais que contaram durante a entrevista, surgiam através das histórias vividas. Inicialmente davam mais importância à técnica, mas percebiam, sentiam que a relação era importante.

“Nunca me senti insegura na relação terapêutica. Também pensei, “não sei nada, vou aprender com esta gente”. Vim para arriscar. Achei que o mais importante era por tudo de lado e ser eu e depois analisar o que sabia... Estar permanentemente a pensar o que era a relação terapêutica seria muito trabalhoso... Era estar, falar com as pessoas. Posteriormente ver se me tinha

saído bem ou menos bem... No início da profissão eu acho que punha a actividade em 1º lugar.” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental.

3.3.2. Postura actual do terapeuta ocupacional na actividade profissional perante a relação terapêutica

Actualmente no exercício da profissão, perante a técnica ou relação terapêutica, a relação terapêutica aparece em 1º lugar com o decorrer da experiência profissional.

“Sempre me envolvi. Sem alterações no percurso. Sempre me envolvi... Continuo a envolver-me muito na relação, com o trabalho... Dava menos importância no início... Colocava mais barreiras... Muita técnica, sem uma relação terapêutica estabelecida, não se vê grandes resultados... Se conseguirmos estabelecer uma boa relação com o doente, criar confiança, toda a recuperação se torna mais fácil. Sem dúvida que se tem um melhor sucesso terapêutico... até a dor é melhor tolerada” 3 - Medicina Física e Reabilitação

Todos os terapeutas referem que a mudança em relação às prioridades “relação terapêutica” e “técnica” alteraram no percurso profissional, dizem que a relação terapêutica aparece como prioritária, como sendo o 1º investimento na intervenção terapêutica e a mais prioritária.

“Trabalhar a técnica e ou a relação em 1º lugar... temos que ter um grande jogo de cintura e ver o que é mais pertinente na altura. Como trabalhamos com muitas idades, muitas patologias... tudo influencia” 19 - Diversos.

Após uma relação mais consolidada o percurso do processo terapêutico na maioria das vezes, relação terapêutica e técnica caminham a par.

“É o mais importante da minha prática, do meu trabalho. Se não houver uma relação terapêutica saudável e boa para eles, eles vão-se embora, negam-se a ir à terapia. A relação terapêutica é fundamental em saúde mental. Aqui e por causa da relação têm um comportamento completamente diferente do que nos outros locais do serviço. Aqui podem ser eles. É o único serviço no hospital que têm nome” 15 - Psiquiatria e Saúde Mental

É interessante verificar de que todos os terapeutas da área de medicina física e de Reabilitação, referem que no decorrer da experiência profissional, a relação

terapêutica tornou-se essencial para o sucesso terapêutico, para que a técnica tenha sucesso, por isso, esta é o primeiro investimento a colocar em 1º lugar.

“De início tenha mais receio, tinha medo de passar a “barreira”, talvez por causa do toque, em termos da manipulação. É um toque físico constante permanente, nem que seja um dedo é um toque... Dizem-nos “é bom estar aqui. Aqui está-se bem. Mesmo quando a dor não alivia”, para nós terapeutas é muito grato, dá prazer ouvir. Independentemente de tudo, nós estamos muito atentos à pessoa.” 6 - Medicina Física e Reabilitação

3.4. Gestão das emoções

Quando se abordou, com mais clareza a vivência do terapeuta na relação terapêutica, surge a própria vivência do terapeuta, a vivência mais emocional.

“As sessões terapêuticas correm melhor, quanto melhor nós nos sentimos... há alturas que tenho que morder o lábio para não chorar...” 1 – Crianças e Jovens

Alguns dos terapeutas ligados à prática da psiquiatria e à saúde mental, em que a relação terapêutica é a essência da prática, nunca falaram do que sentiam da sua prática relacional com o cliente, nem tinham qualquer tipo de suporte para o fazer.

*“Quando há situações complicadas é em casa que tenho apoio. Há histórias pesadas. Nunca falo disso no trabalho... Nessas alturas fico muito só aqui. Não tenho nenhuma colega para falar e ou desabafar. É a minha família a dar suporte, a ouvir-me.”*15 – Psiquiatria e Saúde Mental.

3.4.1. Vivência emocional no percurso de vida profissional

*“Agora há mais emoções”.*20 – Crianças e Jovens.

A opinião de todos os terapeutas é que actualmente se emocionam mais do que no início da vida profissional, que a idade e a vivência profissional os deixa mais emotivos. Todos referiram que apesar de se emocionam mais com o passar do tempo, também conseguem ter uma melhor gestão das emoções. No entanto, esse controle não é total, há sempre alguma manifestação exterior, nomeadamente através da comunicação não verbal.

“Emociono-me mais agora do que inicialmente, já tenho reflectido nisso muitas vezes... É preciso contar até três, para controlar. Ao reflectir isto com a

colega, pensava que com o tempo ficaria com uma couraça maior, mas é o contrário, damos connosco a emocionarmo-nos mais a deixarmos tocar mais pelas emoções... não entendo... mas consigo vivê-las melhor.” 6 – Medicina Física e de Reabilitação.

“... (silencio)... agora...emociono-me mais... mas consigo controlar-me verbalmente... mas as manifestações não verbais aparecem...” 18 – Diversos.

“Trabalho muito com a angústia, a necessidade de ajudas técnicas ... Em relação às emoções, o que é mais da rotina eu acho que lido profissionalmente com isso. Sei que me surpreendo com coisas que não espera ouvir. Há situações inimagináveis de quadros que não são partilháveis. Hoje em dia é difícil as coisas me abanarem... mas por vezes ainda fico surpreendida com os conteúdos. Poucas coisas me conseguem emocionar... penso eu... mas há coisas surpreendentes. (surge o relato de situações que tem de lidar com os diferentes familiares...)” 17 – Crianças e Jovens.

Alguns manifestam que querem continuar a emocionar-se. Que também são seres humanos e que isso pode contribuir para um melhor desempenho profissional.

“Ainda tenho a capacidade de me emocionar, felizmente! ...Actualmente faço uma melhor gestão das emoções. Agora é muito mais equilibrado” 9 – Crianças e Jovens.

“Não tenho com quem partilhar as frustrações... é um trabalho muito frustrante. Lidamos com a morte diariamente, com os sentimentos e as emoções, os abandonos, os casos sociais, com os desesperos, as contrariedades das pessoas. Por vezes penso que já nada me espanta, mas é mentira! Continuo a espantar-me, mas ao início era mais complicado, agora consigo gerir melhor...” 18 – Diversos.

3.4.2. Como aprendeu a gerir as emoções

“Tenho desenvolvido as minhas capacidades sozinha.” 18 – Diversos.

Maioritariamente, os terapeutas manifestaram que aprenderam a gerir as emoções sozinhos. Outros aprenderam sozinhos, com a experiência, com o bom senso e com a

ajuda de algumas pequenas formações, alguns procuraram pequenas formações mais específicas.

“Aprendi com a experiencia. No dia-a-dia com o doente. Não apliquei o que ensinaram. Ao fim de 25 anos não acredito na distância que me ensinaram. As aptidões, que uso na relação terapêutica é pessoal. Não recorri a nenhuma aprendizagem específica. É intuitiva, sai automaticamente. Sei se tivesse mais aptidões técnicas, não me apegava tanto.” 3 – Medicina Física e de Reabilitação.

“Fiz pequenas formações, Ajudaram imenso ... será que fui correcta?... Consegui com o que sou, comparando com as colegas. São muitas vezes os nossos modelos, apesar das diferenças. É uma questão de aprendizagem. Também estudando. Fazendo porcaria e aprendendo com isso. Aprendi muito com a lida. Não tenho investido muito em termos teóricos.” 12 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Dois dos terapeutas da área de Diversos, mas de uma área de intimamente ligada à Saúde Mental procuraram formações mais específicas ligadas ao campo da psicoterapias.

“A prática faz-nos compreender e dar sentido ao que sabemos. Trabalhar em saúde mental permitiu estar sensibilizada para fazer formação mais específica, para lidar melhor com a relação terapêutica, faz com que nos sintamos mais confortáveis a lidar com o sofrimento. Fiz formações concretas, na área das psicoterapias, que contribuem directamente para o aperfeiçoamento, para melhor lidar nesta área” 5 – Diversos.

Por parte de alguns terapeutas, sentem que deveriam investir mais na sua própria formação

“Sinto que devia explorar mais... mas já não me apetece... com a minha idade. Fazer formações diferentes, aprender mais algumas técnicas...” 15 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Muitos manifestaram que para a gestão das emoções, foi feita directamente com o contacto directo com os doentes e que, com eles aprenderam muito.

“ Os ensinamentos que trazemos como pessoa, os ensinamentos que deixamos que os outros nos transmitam, eu já aprendi muito com os utentes, estar aberto ao conhecimento das outras pessoas, se eu tiver aberta a aprender, posso aplicar essa aprendizagem... também fiz uma formação que me foi muito importante” 19 – Diversos.

3.4.3. Exteriorização de sentimentos e emoções perante os clientes

“ Lembro-me de uma situação...no início de estar a trabalhar que me fartei de chorar, penso que hoje, face à mesma situação, continuaria a sentir o mesmo, a emocionar-me, mas a controlar muito melhor as lágrimas.” 16 – Diversos.

De imediato percebeu-se que não era uma questão fácil abordar. Pois a aprendizagem académica e o que se considera certo, a não manifestação explícita, a exteriorização das emoções.

“ Nunca chorei, mas já tive quase... engoli em seco. Mas já vomitei... saí a correr... tive que sair e ir vomitar... um doente que se salivava todo. Pedi ajuda a uma colega.” 12 - Psiquiatria e Saúde Mental.

No entanto, todos os terapeutas, referem que já se terem emocionado, de alguma forma, perante os clientes. Referem que tentam controlar os seus sentimentos e emoções e por vezes com alguma dificuldade. Consideram que esses momentos muito marcantes. Houve muitos silêncios, algumas lágrimas... percebe-se que há a dificuldade em separar os aspectos personalidade pessoal e da gestão das emoções.

“ Já me emocionei em frente a doentes. Ainda me lembro bem. Ainda me lembro desse doente... (chora)” 3 – Medicina Física e de Reabilitação.

“Ah, pois, chorei! Apesar de gerir melhor há situações mais complicadas.” 18 – Diversos.

“Sou muito emotiva. Não consigo separar. Muita emoção à flor da pele. Choro... mas raramente... nem sempre se controla tudo” 20 – Crianças e Jovens.

3.4.4. Situações difíceis de gerir emocionalmente

Nem todos os terapeutas se referiram à gestão dos sentimentos, acerca de situações mais particulares.

“Houve uma altura em que eu me envolvia mais. Estava muito deprimida e quase me identificava com algumas situações das doentes, o que é perturbador. É uma pessoa pensar que podia estar no lugar daquela pessoa. Um espelho, eu podia estar aqui.” 11 – Psiquiatria e Saúde Mental.

A maioria das descrições acerca das situações mais difíceis de gerir emocionalmente, estão ligadas a situações que são descritas como paralelas às suas próprias vivências, identificam-se com elas e com muitas das suas próprias histórias, com as das suas famílias e ou pessoas mais próximas.

“Por vezes revejo-me em alguns doentes. Vejo ali a minha vidinha toda! Aí... fica-se com um pouco de medo de perder o controle...” 12 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Às vezes são mulheres da minha idade que tiveram uma vida fantástica e que se divorciaram e a partir daí tudo se desmoronou... emociona-me saber que a qualquer momento a vida pode mudar tanto...” 13 – Psiquiatria e Saúde Mental.

As histórias maioritariamente surgiram dos entrevistados da área da Psiquiatria e Saúde Mental. Esta foi uma das fases da entrevista, ao lembrarem as histórias, em que as emoções foram difíceis de controlar...

“Aqueles mães... os filhos... também sou mãe... (lágrimas)” 1 – Crianças e Jovens.

Casos que lembro dos meus filhos.” 15 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Tocam-me muito os casos de abandono e as pessoas a perceberem o que lhes está a acontecer. Ah, pois, chorei! Situações de mulheres com aspectos paralelos aos da minha vida.” 18 – Diversos.

3.4.5. A gestão da vivências dos preconceitos

Maioritariamente, os terapeutas abordaram mais facilmente se tinham ou não preconceitos, do que como os geriam. Assim como não se referem aos preconceitos

dos clientes para com os terapeutas. Os terapeutas, na maioria, começa, por referenciar que não têm preconceitos, ou que pensam que não têm, ou não têm consciência disso.

“Não sou nada preconceituosa. Nem em relação à sexualidade.” 11 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Penso que conscientemente, não sou preconceituosa com coisa nenhuma. Eu não deixo que isso aconteça, nem mesmo entre clientes. Quando há uma rejeição entre clientes eu luto para que isso não aconteça.” 9 – Crianças e Jovens.

Sente-se que a maioria das respostas não são muito concretas, deixam algumas interrogações. Alguns referem que têm consciência de que têm preconceitos, mas tentam que isso não interfira no seu desempenho profissional.

“Acho que sim. Sabemos que quando estamos com um doente, ele é doente e nós somos terapeutas. Sento-me em frente aquela pessoa e penso, esta pessoa precisa de mim. Até tenho pré conceito de que não preciso dela, mas através da relação até posso começar por pensar não preciso dela, afinal até precisava dela. Primeiro é saber que aquela pessoa precisa de mim e que o terapeuta está num posto mais benéfico que o doente. Outro que tenho é em relação ao doente que está internado e quer-se tratar por isso tem de fazer algo para isso. Sinto que ao estar internado, está disponível a propostas que o terapeuta acha é melhor para ele. Tenho o preconceito de que ele tem de trabalhar para o seu tratamento.” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Tenho em relação a pedófilos. Tenho dentes pedófilos. Mas consigo ir lidando com isso.” 12 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Um dos terapeutas refere os preconceitos dos clientes para com o terapeuta...

“Não tenho. Por vezes sinto que o outro pode ter preconceitos em relação a mim, mas os próprios doentes desfazem-me isso.” 2 – Medicina Física e de Reabilitação.

3.4.6. Os doentes são todos iguais ou não, para o terapeuta ocupacional no contexto terapêutico

“Os doentes não são todos iguais. Em termos genéricos, todos iguais, têm as mesmas oportunidades e os mesmos direitos a aprender. Mas todos são diferentes. Há doentes que mesmo sem querermos, damos mais um pouco de atenção” 13 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Todos os terapeutas dizem que os doentes são todos diferentes, pelo simples facto de serem pessoas, apesar de todos terem direito a um bom tratamento.

“Não são todos iguais. Porque todos somos diferentes. Somos pessoas, isso é ponto assente. Tenho muitos irmãos e nenhum é igual para mim. Não os trato a todos da mesma forma. Trato-os a todos como pessoas... Mas cada um tem características próprias e diferentes... Há relacionamentos mais afectivos, outros precisam de ser tratados de maneira mais informal. Há pessoas com quem temos empatia de imediato, há outras que nem tanto e precisamos de algum tempo” 9 – Crianças e Jovens.

3.4.7. A vivencia da vida privada, interfere ou não na relação terapêutica

A postura imediata da maioria dos terapeutas, perante este assunto é que a vida privada não interfere na vivência relacional com os clientes, no entanto esta postura, desfaz-se durante a conversa.

“Não, tento deixar a vida pessoal à porta...Poderá notar-se no meu fâcies... Mas sou capaz de me manter numa postura usual, divertida, facilitadora e comunicativa. Esquecendo-me de mim próprio...Os nossos próprios conflitos pessoais interferem na relação terapêutica... Quem não está bem consigo próprio não consegue ter uma boa relação com o outro, nem terapêutica...” 2 – Medicina Física e de Reabilitação.

“Nunca levo os problemas pessoais para o trabalho. Isso nunca! Consigo controlar muito bem... Há pessoas em que a relação é mais forte, trabalho com as pessoas semanalmente... pode perceber-se... Apoiamo-nos mutuamente... naqueles momentos... eles percebem... dizem “a terapeuta hoje não está bem”...quando é mesmo complicado não vou trabalhar ” 17 – Crianças e Jovens.

Com o decorrer da entrevista a maioria, que diz, que a vida pessoal não interfere na relação terapêutica, assume que de alguma forma, a vida privada, em situações mais complicadas da vida pessoal, já interferiu na forma como estão, muitas vezes com a dificuldade de encarar o cliente na relação terapêutica.

“Tenho essa característica, deixo os problemas em casa. Consigo separar muito bem as coisas... Em alturas mais complicadas da minha vida pessoal tive as colegas para apoiar. O que foi muito bom. Senão seria difícil trabalhar” 13 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Normalmente não me acontece levar os problemas de casa para o trabalho. Quando entro à porta acabou... Numa determinada altura por problemas de uma familiar próxima fiquei muito deprimida, continuei a trabalhar... mas era difícil estar com alguns doentes, um espelho de como eu me sentia... Valeu-me e tive o suporte da equipa que ajudou” 11 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Alguns manifestaram claramente que interfere na relação terapêutica. Também é referido a importância da técnica para ajudar a gerir essas situações. Nestas situações a ocupação terapêutica, o seu *setting*, acaba por ser facilitador para o terapeuta.

“Não consigo deixar tudo à porta. Posso dizer, hoje estou aborrecida... também é bom eles perceberem que somos pessoas. Mas em actividade, directa com doentes, esqueço-me.” 12 – Psiquiatria e Saúde Mental

“Interfere. Tive uma parte da minha vida pessoal complicada e interferiu. Era uma actuação puramente técnica, não tinha tanto gozo no que fazia.” 14 – Medicina Física e Reabilitação.

Mas em todos os entrevistados, acaba-se por perceber que há a preocupação de controlar essas situações e que pensam ser importantes terem alguma distância dos problemas pessoais no contexto terapêutico. Quando reflectem sobre o assunto, também se percebe, que pensam ser importante para o cliente ter a percepção de que todos os terapeutas também são pessoas.

“A forma de eu ser, como estou na vida é que influência . Se estou com um problema, faço os possíveis para que não interfiram na prática. Se for algo, como a morte de alguém que é próximo, os utentes ficam a saber. Já me

aconteceu e tiveram uma relação empática comigo. É importante perceberem que estão com pessoas e que há coisas que fazem parte da vida. Perceberem que os conflitos são humanos.” 5 – Diversos.

3.4.8. A vivencia na relação terapêutica, influencia ou não a vida privada

Maioritariamente os terapeutas referem que a vida profissional de alguma forma já interferiu na vida privada. Assim como também é referido, que tentam não transportar os problemas da vivência terapêutica para casa, mas que nem sempre é possível.

“Trago os problemas de trabalho, mas também as coisas boas, para casa... tenho que falar...” 20 – Crianças e Jovens.

“ Pode saber-me bem estar calada, em termos de falar da profissão desgastamo-nos muito. Nota-se... Às vezes trago as preocupações do serviço. Não consigo deixar de pensar numa ou outra situação mais complicada.” 6 - Medicina Física e Reabilitação.

“Tento ao máximo não levar os problemas para casa, mas há situações que não consigo evitar. Eles é que me aturam...” 15 – Psiquiatria e Saúde Mental.

A experiência, a aquisição de mais conhecimentos e com o passar do tempo, já conseguem gerir melhor a situação. Alguns dizem que a vivencia do contexto terapêutico, não interfere nada na vida privada.

“Antes era pior. Levava tanta coisa a “cabeça cheia” que falavam comigo e eu não ouvia. Fiz um caminho de crescimento e hoje isso não me acontece, mas há coisas do contexto terapêutico que eu levo para casa. A minha relação com a equipa e com os doentes também influenciam a vida pessoal, lá fora.” 16 – Diversos.

Poucos referem, que não levam os problemas para casa.

“Deixo os problemas no serviço” 3 – Medicina Física e Reabilitação

3.4.9. Relacionamentos pessoais mais significativos no contexto relacional

Todos referiram, que de alguma forma, já tiveram alguns relacionamentos mais significativos no contexto terapêutico. Sente-se que alguns não têm disponibilidade para abordar o assunto.

“Há umas 3 situações mais significativas. Resolvi sozinha. Resolvi ou não... penso que ficou resolvido. Já senti um envolvimento especial com um doente...” 7 - Psiquiatria e Saúde Mental.

Apareceram alguns silêncios e algumas formas de contornar o assunto por parte de alguns. Percebeu-se que é um assunto incómodo. É interessante que se referiram, às vivências mais significativas, as que envolveram mais o sofrimento, do que a alegria. Poder-se-á deduzir que é mais questionado profissionalmente a capacidade de controlar estas situações, ou até poderá ser mesmo mais significativo emocionalmente para o terapeuta. Mas, parece evidente ser difícil emocionalmente, independentemente das razões.

“(silêncio) nem sempre é possível separar o técnico da pessoa. Por isso nem sempre é possível, por isso ficamos mais vulneráveis. Mesmo trabalhando mais na situação física, é difícil separar aquela mão daquela pessoa. Poderia ser possível, mas trabalhamos de uma forma holística, num tratamento global, num enquadramento do indivíduo na sociedade, para as suas expectativas e muitas vezes deparamo-nos com situações difíceis. Já tive doentes que ficaram com uma ligação mais social.” 2 – Medicina Física e de Reabilitação.

Os terapeutas que trabalham com clientes que permanecem com eles durante muito tempo, muitos anos, a relação fica mais próxima e com um significado especial, paralelo ao relacionamento familiar.

“... é que há um percurso em comum, 25 anos, há um aspecto importante, estas pessoas fazem parte da nossa vida, do dia a dia ... Há pessoas que envelhecem comigo e me vêem envelhecer. Quando uma destas pessoas desaparece, seja por que razão for, é muito difícil, há sempre um sentimento de perda... É quase um bocadinho de nós que também se vai... É complicado de vivenciar isso. É necessário, a pessoa, terapeuta, voltar ao seu lugar de terapeuta. Aí é muito útil o distanciamento. Faço isto sozinho e ou com a equipa, aí as perdas são paralelas.” 10 – Diversos.

Um dos entrevistados refere ter vivido a necessidade de colocar limites, como forma importante, para controlar uma situação do sexo oposto.

“Em clínica privada, nomeadamente com o sexo oposto, houve alturas em que tive de por limites mesmo! Também pomos limites a nós mesmos para não ultrapassar barreiras.” 6 - Medicina Física e de Reabilitação.

3.4.10. Suportes de ajuda. na gestão de sentimentos e emoções no percurso da vida profissional.

“Tenta-se controlar e dar sentido aos nossos diferentes papéis. A equipa também ajuda. No envolvimento emocional, o nosso papel ocupacional ajuda” 5 – Diversos

Maioritariamente, os terapeutas procuram o suporte familiar, da equipa e dos colegas. A importância da família, tem uma papel fundamental para os terapeutas que trabalham sozinhos, sem outros colegas.

“Tento não levar para casa. Tento deixar tudo no gabinete, mas nem sempre consigo. Há situações tão complicadas, tão difíceis que comento em casa com a família. Eles ouvem-me.” 8 – Crianças e Jovens.

“Como terapeuta ocupacional estou a trabalhar sozinha e equipa... também... não tenho com quem partilhar nada em trabalho. Tinha uma pessoa, que nos apoiávamos mutuamente, que se foi embora... Estou muito só. Muitas vezes tenho que gerir sozinha. Não é fácil.” 18 - Diversos.

“Não tenho uma equipa, nem nenhuma colega, para desabafar e para trocar experiências... a família” 15 – Psiquiatria e Saúde Mental

Poucos referiram que resolviam sozinhos

“Resolvo sozinho. Hum... no meu próprio crescimento pessoal.” 2 – Medicina Física e de Reabilitação.

Maioritariamente o apoio da equipa, foi referido como sendo tratado de uma forma informal, ocorria consoante as necessidades.

“Aqui, no local de trabalho vou dizendo de forma informal, mas conseguimos gerir as coisas entre nós. Se não consegui peço ajuda. Não me sinto menos valorizada por isso.” 12 – Psiquiatria e Saúde Mental.

A insegurança de confiar em alguns elementos da equipa e ou em colegas, foi referida como um impedimento de usar este suporte.

“Não tenho uma equipa que dê para falar. Há uma pessoa com quem posso falar mais com mais confiança. Pedi apoio para com caso e puseram-me em causa a confiança, a confidencialidade, daquela família para comigo, à minha frente. Puseram o meu trabalho em causa. Não se pode confiar. Não tenho nenhum suporte.” 20 – Crianças e Jovens

3.4.11. O investimento na relação terapêutica como forma de prazer e ou se trás benefícios ao terapeuta ocupacional.

Maioritariamente sentiram necessidade de referir que investiam na relação terapêutica pelo doente, no entanto, referem que o investimento na relação terapêutica é gratificante e o investimento nesta também tem a ver com a importância e a valorização para a própria pessoa do terapeuta.

“Tem sido bom para mim, porque assim não torna o trabalho tão pesado... dá-me força, ajuda-me a construir a mim mesma, para uso pessoal, para me defender quando chegar a minha vez. Não tenho duvida nenhuma que investindo na relação terapêutica é bom para o doente e para mim. Não invisto na relação só pelo doente, por muito que me custe dizer, também o faço para proveito meu. Para meu prazer. Não é uma questão de egoísmo é uma questão de crescimento.” 6 – Medicina Física e de Reabilitação

Se a reflexão sobre este aspecto fosse colocada como um benefício e não como prazer, para o terapeuta, a resposta tornou-se mais facilitada. Todos referiam abertamente que obtinham mais valias, benefícios pessoais na relação terapêutica.

Ou porque beneficiaram no seu crescimento pessoal.

Seremos melhor terapeutas se formos melhores pessoas. Ganhei sim! 6 – Medicina Física e de Reabilitação

Ou porque obtinham gratificação de diferentes modos.

“Também tenho ganho com a relação... e também perco. Não invisto só pelo outro. Tenho ganho muito, mesmo muito, com a relação com as pessoas. Às vezes é um grande investimento, um grande desgaste, mas ganhar-se é muito gratificante.” 10 – Diversos.

“Como me tenho “safado” bem neste aspecto da relação... é bom, para a minha auto estimara... faz-me sentir bem... sinto que posso contribuir para o bem estar daquela gente. Também invisto por mim. Sou beneficiada por isso, pelo resultado. Quando me dizem “é simpática”, ou “é bem-disposta”, aí penso: até gostam de mim.” 20 – Crianças e Jovens.

3.5. Aspectos importantes a ter em atenção na relação terapêutica

Na sequência da entrevista surgiram também, aspectos a ter em conta para que a qualidade na relação terapêutica fosse mantida, e, que seriam importantes a serem geridos. Estes passaram por princípios de desempenho de papéis, assim como, por aspectos muito relacionados a uma postura de carácter terapêutico.

3.5.1. Responsabilidade pela relação

Esta foi uma questão abordada no final de algumas entrevistas terem sido realizadas. Alguns dos entrevistados não deram importância a esta questão e alguns ficaram em silêncio, passando para outro assunto.

Outros entrevistados referiram que a qualidade da relação terapêutica depende do terapeuta e do cliente.

“A responsabilidade é dos dois. Quando há dificuldades na comunicação, ligadas à patologia, o terapeuta tem um papel importante para se ultrapassar esse problema. A família pode ter um papel importante de responsabilização da relação, um papel facilitador da relação.” 3 - Reabilitação Física e de Reabilitação

Outros referiram que inicialmente o terapeuta tem um papel mais evidente e a na responsabilização da relação.

“Quem é responsável... eu acho que é o terapeuta. É o terapeuta como... se o doente é muito manipulador... ando eu a descobrir como é que é... mas acho

que tem de ser o terapeuta, se não é tem de caminhar nesse sentido. Responsável pela qualidade da relação? Sim, sim... mútuo? Ah... também é. Mas o terapeuta ocupacional tem a responsabilidade de dar mais valor à relação, porque sabe o que é isso. Sabem que o outro também sente que está ali a passar qualquer coisa. O terapeuta tem essa missão.” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental.

O terapeuta tem a responsabilidade de manter os limites, as regras desta, em não impor as suas opiniões, mas que a manutenção de uma qualidade relacional que é da responsabilidade de ambos.

“O terapeuta tem o poder. Até porque os doentes, alguns, também não estão capazes de tomar reclamar. Tento entregar-lhes o poder. As pessoas não estão habituadas a isso, a terem poder e os que entram de novo no sistema dêis tipo de atendimento ainda menos. Aqui tentamos dar-lhes esse poder. Tentamos que as opiniões deles sejam ouvidas. Tem-se que lhes remeter a responsabilidade. A responsabilidade e o cuidar da relação é por parte dos dois lados. Dou aos doentes o poder de gerir a relação, para que eles percebam que todos somos pessoas... todos com sentimentos... Temos que trabalhar juntos.” 13 – Psiquiatria e Saúde Menta

3.5.2. A importância dos tempos em terapia, para o cliente e para o terapeuta

Percebeu-se que para a maioria esta questão não era clara, não se percebia o que era pretendido. Foi necessário dar algum enquadramento à questão. Nota-se que este é também, um dos assuntos pouco pensado pelos terapeutas.

Poderemos dizer que a maioria, dos poucos que valorizaram a questão sentem este aspecto como importante e a relevância da relação terapêutica para a gestão dos tempos em terapia.

“O tempo em terapia é como se fosse um cozinhado, em que tu vais temperando, vais introduzindo mais de uma coisa e mais de outra... Nós temos um Know how que á medida que os anos avançam, cada vez dou mais graças a isso, e voltando à escola, que é a análise de actividades. É um saber que nos permite, quando as pessoas estão mais inseguras, ter a técnica como suporte, é muito importante... a técnica permite introduzir nuances no sentido do caminho que queres percorrer” 16 - Diversos

Foi referido que o conhecimento mútuo do terapeuta e cliente é um aspecto importante para um acerto do tempo da actividade, da ocupação do cliente. Poderão estar a referir-se à aliança terapêutica, apesar de não a mencionarem.

“Tenta-se ajustar os tempos em terapia. Depende do doente, do grupo e das patologias” 12 - Psiquiatria e Saúde Mental.

Um dos terapeutas, referiu de imediato que o terapeuta é que determinava o tempo da ocupação, mas no decorrer da entrevista, enquanto reflectia o assunto a opinião foi modificando.

“O terapeuta comanda mais os tempos em terapia, mesmo no decorrer da actividade... Acho que é necessário tempo. O tempo das actividades é importante. É o terapeuta... Pela actividade e pelo que fazer passa uma série de coisas que se não se respeitar o tempo não passam... Mesmo quando abrandamos, é um poder do terapeuta... pois mas aí o doente também comanda... não sei, vou pensar melhor isso. Sobre a relação vamos alinhavando as coisas.” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental.

3.5.3. Os limites na relação terapeuta / cliente no contexto relacional.

Os limites a colocar na relação terapêutica, é uma das aprendizagens que todos os terapeutas dizem ter sido abordado no âmbito académico, no entanto, maioritariamente, consideram que a forma como foi abordada se ajusta à vida prática. Nenhum terapeuta, referiu os limites que os clientes lhes podem colocar. Pensamos que os limites são tratados e cuidados mutuamente. Poderemos perceber aqui, que o terapeuta, não se questiona até que ponto pode ou não ultrapassar os limites do outro, como se estes só têm importância para si, para o cuidado do seu papel. Se pensarmos em termos corporais, de assuntos da vida íntima e sentimental do cliente, até onde nós podemos e ou devemos chegar, obviamente de acordo com o percurso terapêutico percorrido, compreendemos, que na realidade só chegamos, a onde o cliente permite. Estamos convencidos, pela globalidade das entrevistas, que estes aspectos são maioritariamente respeitados, mas por ponderar o “bom senso” da pessoa, do terapeuta e não como um aspecto tecnicamente ponderado.

Não são referenciados os limites, que têm a ver com a percepção que o terapeuta tem das situações, do cliente. Referenciam os limites que objectivamente dizem que fazem.

“Estabeleço limites. Não dou telefone, não estou sempre disponível, tento que os doentes cumpram horários, fora de serviço “não”. Não sou “a amiga”, até porque poderei ter a necessidade de confrontar o doente com algumas situações. Aprendi na prática, porque sinto que a partir dali pode ser perigoso. Aprendi, na Escola, que devia haver limites, mas não era sentido, percebido... Mas limites... Quais são os limites? Isso estrutura-se com o tempo.” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Eu nunca deixei de usar farda nestes anos todos. Porque considero que a farda é um elemento que não é só higiénico, é um elemento que ajuda a manter a postura. A farda induz ao papel de terapeuta... A relação confina-se aquele espaço e não para fora de portas. É necessário limites. Não é só a bata. Não só da ética, mas também do respeito, acima de tudo respeitarmos nas ideologias, nos valores pessoais cada vez mais acima da técnica. Temos uma proximidade sem invadir espaços. Não passo os limites... mas qual é o limite em cada situação? Não há linha desenhada no chão... o não se deixar envolver, não deixar que o outro se envolva, como se faz isso?” 6 – Medicina Física e de Reabilitação

Todos os terapeutas referem a grande importância do papel que os limites desempenham na relação terapêutica, para uma boa definição dos diferentes papéis, terapeuta e cliente, para a contribuição do sucesso terapêutico.

“Os limites são muito importantes... o saber estar... o saber ser... Como são importantes os limites! Sem eles não existe relação terapêutica” 9 - Diversos

Os limites referenciados são maioritariamente relacionados com a troca de contactos pessoais, de informações pessoais privadas, o uso de farda como símbolo do papel que desempenha de se ser terapeuta, a necessidade de preservar os papéis que cada um ocupa no contexto terapêutico, de não ser o amigo, o respeito pelas ideias e espaço do outro.

“Impensável para mim tratar as famílias por tu, dar o meu nº de telefone, uso farda. Vestir uma farda, significa que está ali a representar um determinado papel. Não aceito que haja colegas minhas que não se fardem, não calcem umas meias. Nunca hei-de fazer isso, para a minha vida!” 17 – Crianças e Jovens

Muitos dos terapeutas, não referiram a farda como importante na definição de papéis no contexto terapêutico. Muitos dos entrevistados não usam farda no seu quotidiano profissional.

3.6. Aliança terapêutica

É referido claramente por poucos terapeutas a importância da aliança terapêutica para a construção da relação e sucesso do processo terapêutico. Apesar de se sentir uma tendência em todas as entrevistas, para a necessidade de tempo na construir de uma relação de confiança. Podemos pensar neste tempo, como o necessário para estabelecer confiança, como sinónimo de construção da aliança terapêutica. O não se ter uma informação, formação mais actualizada, poderá levar ao não se abordar o termo de aliança terapêutica, mas sim o que se sente na prática, referido como o tal tempo necessário para ter mais confiança, conhecer melhor...

Se não há vínculo terapêutico é mesmo zero. A aliança terapêutica é importantíssima. Por exemplo. Se um indivíduo não consegue ter uma participação activa numa actividade de grupo, deixa a folha em branco é possível dar-lhe um significado. É aquilo que aquele indivíduo conseguiu fazer. Dá para enquadrar para dar um significado.” 5 – Diversos.

“Temos que ter uma ligação com as pessoas, para podermos trabalhar com elas, para podermos investir nelas e contribuir par o bem-estar delas... Ainda não consegui fazer a anamnese com ela. Acho que tenho que esperar pelo momento certo... tenho que sentir que há mais confiança... tenho que esperar...” 20 – Crianças e Jovens.

Neste aspecto, percebe-se também que não há uma atenção específica a este, mas essencialmente uma percepção de que este é importante.

“Há um percurso para chegar a determinada altura de aceitação.” 7 – psiquiatria e Saúde Mental.

3.7. Propostas para se poder pensar a relação terapêutica

A maioria dos terapeutas nunca pensou nisso.

“Profissionalmente? ...silêncio... Não sei. Não sei dar uma resposta concreta. Nunca tinha pensado...” 11 – Psiquiatria e Saúde Mental.

“Não me ocorre nada... Se nos relacionássemos mais... se falássemos mais uns com os outros. ...Mas não há tempo, não há tempo para nada. Grupos de trabalho? Não sei” 18 - Diversos

No decorrer da entrevista as propostas que surgiram estavam muito ligadas a grupos de trabalho entre terapeutas ocupacionais, a trabalho de equipa e a supervisão entre colegas.

A supervisão é vista por muitos colegas como ameaçadora, percebendo-se que também não é muito claro o significado do que é fazer supervisão.

“A supervisão entre terapeutas ocupacionais. Colegas que sabem ouvir e ser ouvido, para se poder falar... descarregar. Trabalhar com a equipa.” 1 – Crianças e Jovens.

“É um tema que gosto sempre de falar... Há situações e questões que só se levantam com a prática. Deve-se saber cuidar. Supervisão, com pessoas formadas e preparadas para fazer supervisão” 5 – Diversos.

*“Outros colegas a fazer supervisão? Penso que isso não, a darem opiniões? Não conhecem a nossa realidade...”*17 – Diversos.

Foi referido por uma grande maioria o trabalho em equipa como um dos bons apoios a este nível.

“Deveria ser obrigatório 1 ou 2 vezes por ano, em serviço, fazer-se uma reflexão em grupo e individualmente. Ter alguém que nos oiça as nossas incapacidades, frustrações técnicas e humanas, para que se pudesse, encontrar no outro, algumas soluções. Não somos detentores da verdade. Somos detentores da experiência vivida, vivenciada ou a experiência. Nunca pensei bem nisto... Já me senti só como terapeuta, mas não sei a solução” 2 – Medicina física e Reabilitação.

“A equipa dá-nos um bom suporte.” 8 – Crianças e Jovens.

3.8. Propostas para uma melhoria da aprendizagem académica no que diz respeito à relação terapêutica

A maioria dos terapeutas referem nunca terem reflectido sobre o assunto, sendo que a maioria se sente insatisfeito com os conhecimentos que lhes foram transmitidos na escola.

Perante a questão, muitos referiram que estavam a pensar nisto pela primeira vez, que o estavam a fazer, agora, em voz alta.

“Sei lá... que propostas... Falarem de valores, da ética. Falarem da comunicação verbal e não verbal, esta é importantíssima. Os nossos gestos... gestos e posturas do outro. Como nos vestimos e nos apresentamos aos outros. Abordarem-se as técnicas projectivas.” 20 – Crianças e Jovens.

Alguns colocaram que a aprendizagem do que é a relação terapêutica deveria ser dada como uma cadeira a ser cuidada individualmente na formação académica.

“A relação terapêutica deveria ser uma disciplina à parte, autónoma. Ganhávamos como alunos e como professores. Actividades projectivas. Idade para cada um começar a olhar para si” 2 – Medicina Física e de Reabilitação.

“Deve-se investir na relação terapeuta / doente, na relação com o outro enquanto utilizamos os cuidados que lhes prestamos, assim como estimular o terapeuta a cuidar de si. A saúde mental devia ser a base, mesmo para a reabilitação física. Devia haver um espaço, uma cadeira que tratasse a relação terapeuta / doente.” 6 – Medicina Física e de Reabilitação.

Os estágios foram referenciados como importantes para se perceber na prática o que é a relação terapêutica, assim como a forma que as aulas são administradas..

“Seleccionar bem os orientadores de estágio. A figura do orientador é importante. Dar aulas e não só pesquisas.” 7 – Psiquiatria e Saúde Mental.

Referenciado por alguns terapeutas, é a forma como o terapeuta cuida da sua aparência pessoal no contexto terapêutico.

“É importante a pessoa acabar com algumas noções e também a pessoa saber estar e como deve estar. Como deve ir vestida para trabalhar. Estamos muito

expostos. Há coisas que podem ser dadas teoricamente. A prática não é fácil. É uma aprendizagem individual.” 11 – Psiquiatria e Saúde Mental.

A forma como os professores se relacionam, como sendo uma forma de aprendizagem, tendo a ver como sendo modelos de relação em papéis diferentes.

“...se os professores conseguirem ter com os alunos uma relação em que a proximidade exista, com a devida distancia de acordo com a função de cada um. Aprendemos a relacionarmo-nos com o outro, também com os modelos que temos” 14 – Medicina Física e de Reabilitação.

3.9. Como os terapeutas se cuidam na perspectiva ocupacional tendo em conta a relação terapêutica

Maioritariamente, os terapeutas referiram que em geral não têm cuidados especiais para com eles.

“Como me cuido?... (silêncio)... Não me cuido. Não tenho tempo para me cuidar... quando é possível... é um ritmo de vida que levamos que não nos apercebemos que nos desgastamos... assim também não me apercebo que tenho muitas histórias comigo... temos que lidar com elas... ouvimos mais o outro que a nós próprios... esqueço-me de mim”. 2 – Medicina Física e Reabilitação

Alguns referiram que era importante cuidarem deles próprios para que a relação terapêutica também fosse melhor cuidada. Relacionando o seu bem-estar com a qualidade da intervenção terapêutica.

“Se não cuidássemos da relação terapêutica, também pelo lado do terapeuta, também abríamos feridas em nós que seriam visíveis aos olhos do outro e o doente chega lá e quer um terapeuta são, não alguém cheio de mossas. Não tenho muitos cuidados, acho que nós temos o apoio uma da outra, entre colegas. Depois de ter passado por um tempo mais difícil decidi cuidar de mim enquanto pessoa também deu benefícios na minha relação enquanto terapeuta. Temos que cuidar de nós como pessoas, porque como terapeutas desgastamo-nos muito como pessoas.” 6 – Medicina Física e de Reabilitação.

Alguns referem algumas ocupações como importantes para o seu bem-estar.

“A formação ajuda a proteger-nos. A compreensão de mim, dos meus diferentes papéis ocupacionais, é tratar da minha saúde mental. Tenho outros papéis ocupacionais que tenho prazer, para além de ser terapeuta ocupacional. A profissão também me dá prazer por sentir que estou a cuidar do outro. Preciso do meu próprio tempo, para o que gosto e fazer. Preciso de cuidar de mim para poder cuidar do outro. Tento não trazer os problemas para casa, não invadir a minha privacidade... Nós terapeutas temos que nos cuidar e percebermos quais são as nossas actividades significativas para atingirmos um equilíbrio ocupacional. Preocupo-me comigo própria, isso também tem a ver com a minha formação contínua.” 5 – Diversos.

3.10. Considerações finais relacionadas com a entrevista

Estas considerações surgiram como forma de finalizar a entrevista, como um período tranquilo e descontraído.

“Já falei do assunto com alguns colegas, é importante. Agradeço e gostei muito de falar sobre este tema, a relação. O desejo de todos nós de sermos felizes e em princípio de proporcionar felicidade ao outro. Foi bom.” 10
- Diversos

Todos referiram que se tornou um espaço agradável e gratificante

“Foi gratificante falarmos. Ajudou-me a pensar certas coisas. É bom falar, quando se verbaliza ajuda-nos também a resolver questões.” 9 – Crianças e Jovens

A maioria referiu que não costuma falar muito deste assunto e alguns nunca tinham falado.

“É a primeira vez que estou a reflectir sobre uma série de coisas. Estou a reflectir isto contigo. Não costumamos falar nisto em conjunto. Não é que não faça falta.” 11 – Psiquiatria e Saúde Mental

Alguns entrevistados referiram que os seus valores espirituais e a idade os têm ajudado na abordagem terapêutica.

“Ainda não sei avaliar os riscos que o terapeuta pode viver. Dou mais valor a certas coisas. Espiritualidade ajuda-me. Aceitar o outro como meu espelho. Gostei de falar desta temática” 2 – Medicina física e Reabilitação.

“Este foi um bom momento para reflectir um pouco sobre algumas questões e pensar de forma mais estruturada.” 6 - Medicina Física e de Reabilitação.

... a despedida ...

“O que já aprendi hoje a conversar! Tenho aprendido imenso neste bocado, a conversar. Ajuda a entender melhor o que fazemos, dá para tomar consciência de algumas coisas. Senti-me muito bem neste bocado... falamos muito... foi-se proporcionando... a conversa... sei lá o que dizer mais... acho que se tentava o investimento das pessoas na relação... acho tão importante... a questão da escola ... ia por aí... as pessoas não são máquinas... nós nem os utentes...temos que ter proximidade q.b... com restrições com conta, peso e medida... é muito difícil de delimitar... o nosso envolvimento também... investir mais nas técnicas de auto conhecimento...” 20 – Crianças e Jovens.

4. Discussão dos resultados

"A meio caminho entre a fé e a crítica está a estalagem da razão. A razão é a fé no que se pode compreender sem fé, mas é fé ainda, porque compreender envolve pressupor que há qualquer coisa compreensível." (Bernardo Soares, 1998, p. 188)

Uma discussão dos resultados de um todo deverá ser a consequência da interligação de toda a informação acerca de uma investigação recolhida e do estudo de um determinado assunto. Neste contexto, não é uma discussão proveniente de resultados objectiváveis, mas sim uma sensibilidade de um todo cruzado, tendo essencialmente em conta as entrevistas realizadas. Sentimos que deveremos situar como importante, que a reflexão / análise dos resultados obtidos, não podem ser compreendidos como dados exactos e incontestáveis, também não foi esse o objectivo pretendido. O objectivo pretendido, acontece que é o proveniente deste estudo específico, com estes terapeutas ocupacionais, que serviram de amostra e de uma reflexão feita por um terapeuta ocupacional que o realizou, teve o papel de entrevistador e da sua realização. Assim, poderemos falar mais de sensibilidades dos terapeutas ocupacionais entrevistados, conjugada com o suporte teórico analisado e com a

sensibilidade de quem elabora esta reflexão. *“No contexto de uma investigação compreensiva. O investigador não pretende fazer uma demonstração causal, mas sim defender um sentido da plausibilidade dos resultados”* (Guerra, 2008, p. 83).

É um estudo, em que os aspectos e resultados obtidos, foram produto de um processo de investigação que foi tomando contornos e um percurso em que entrevistados e entrevistador foram percorrendo conjuntamente, com coerência em relação ao assunto que se destinou tratar, mas de forma flexível a cada encontro / entrevista. A forma como decorreram as entrevistas, tal como foram desenvolvidos os propósitos deste estudo, os resultantes destes, vêm ao encontro da forma como nos colocamos e nos identificamos no início deste estudo, de acordo com a nossa postura de que na vida, nada é definitivo. *“Os sistemas humanos, como todos os sistemas vivos, são abertos; por isso, as suas fronteiras devem ser permeáveis...”* (Douglas, 2000, p. 46). Sentimos que no percurso desta reflexão, tudo se encontra em mudança, que os diferentes contextos, a relação de confiança, podem ser determinantes na postura de cada um. Pode ser visível nas entrevistas, que a postura e as afirmações iniciais se iam alterando de acordo com o nível de confiança durante o percurso destas, com o dar tempo para reflexão sobre alguns aspectos que cada temática um ia tendo e a forma como um se iam colocando e sentindo em relação ao outro (entrevistado e entrevistador). É uma postura concordante com os fundamentos de que qualquer contexto relacional, é uma relação entre pessoas.

Partimos para esta discussão de resultados de forma paralela à que tivemos na entrevista. Com uma estrutura previamente estabelecida, mas com a liberdade de a reconstruirmos passo a passo, de acordo com as recolhas feitas e a interligação com os conceitos teóricos que fomos obtendo, sem que se esteja num caminho com um percurso definitivamente escolhido. Este, são resultados dependentes do que cada um dos entrevistados, terapeutas, sente e está em relação a si próprio e ao entrevistador, terapeuta e ao que o rodeia, naquele momento. *“De facto, qualquer pesquisa é sempre parcelar e provisória, não só porque as dinâmicas sociais mudam no espaço e no tempo, mas também porque a garantia das boas amostragens é reduzida na perspectiva sociológica, exigindo cuidados profundos na exportação para universos mais alargados”* (Guerra, 2008, p. 86). Percebemos que os resultados destas entrevistas poderiam ser diferentes se seleccionados outros terapeutas para amostra. Estes poderiam ter particularidades específicas, independentemente das pessoais, que podiam passar pelas diferentes formações e tipo de exercício profissional.

A entrevista de carácter semi-estruturada, não com um carácter rígido, mas sim, de modo a que os assuntos que foram surgindo, foram introduzidos, ou melhor, valorizados pelo entrevistador nos diferentes percursos destas. Sentiu-se que cada entrevista, acabou por ter um carácter muito próprio, como uma conversa em que a temática foi a mesma. É de referir que as entrevistas foram realizadas pela mesma pessoa, assim esta, foi ficando progressivamente detentora de uma maior informação durante os diferentes tempos em que estas decorreram.

Os critérios de avaliação e compreensão do conteúdo da informação obtida, foi sendo construída de acordo com os princípios teóricos preconizados, pela metodologia seguida neste estudo, tendo sempre em conta a informação dos entrevistados, tentando o mais possível a preocupação permanente de alguma objectividade no tratamento da informação.

... questões iniciais dos entrevistados, ou melhor observações que foram colocadas... *“...não sei se sei falar desse tema...”*, a que era respondido, *“é para falar de si... da sua pessoa como terapeuta... do que o terapeuta sente na relação terapêutica ... e não de definições”*, o facto é que inicialmente ninguém falou directamente de si, mas sim da importância da relação terapêutica para o tratamento; *“...como vias conseguir fazer um estudo destes?...como o quantificas? ...”*, a que foi respondido *“é para um estudo qualitativo, o interesse é mais o perceber do que quantificar”*... *“as gravações só são usadas por ti?”* a que foi novamente respondido *“são só usadas e por mim e ninguém será identificável”*.

Alguns responderam que não se importavam de ser identificados e no fim da entrevista, alguns destes solicitaram para que isso não acontecesse. Podemos pressupor com isto, que a entrevista decorreu de forma a que se criasse um bom grau de confiança, que deu a liberdade de se falar de si próprio, do que se sente, mais do que o que é sabido teoricamente e aceite pelo senso comum. Lembrando a parte teórica relacionada com a relação terapêutica e a terapia ocupacional, percebemos a fragilidade acerca deste assunto, ainda pouco aprofundado e estudado, o que vem ao encontro das dúvidas colocadas pelos entrevistados, tendo em conta que terminaram a sua formação académica à mais de dez anos e assim não sentem segurança nos seus conhecimentos teóricos. Percebe-se que muitos não se actualizaram técnica e teoricamente em relação a esta temática, apesar de a acharem da maior importância e de ser difícil de gerir.

De acordo com a proposta deste tipo de metodologia escolhida - metodologia qualitativa e o uso de entrevista semi-estruturada, percebe-se que as respostas mais imediatas, tinham um carácter mais objectivo dependente de algumas questões, surgem de forma concreta, pouco emocional, o que seria correcto em relação aos conhecimentos académicos e teoricamente e / ou talvez até, aquilo que o bom senso considera como correcto. A forma objectiva inicial, de como “deve correctamente ser”, vai-se desvanecendo no percurso das entrevistas e tornando-se mais subjectiva, emocionalmente mais vivida, menos concreta e até contraditórias com as primeiras posturas. Estando de acordo com o objectivo proposto para esta reflexão e de que o que sentimos, é subjectivo e uno em cada um de nós.

Outro aspecto a salientar, é a difícil forma de analisar, de dar um sentido mais objectivável e quantitativo, ao conteúdo. Tudo tem uma tonalidade cinzenta, com tonalidades diferentes, o preto e o branco quase não surgiu. O que é concordante com as emoções, que também vão tomando continuamente tonalidades diferentes de acordo com a forma que as vamos vivenciando. Acontece que muitas das situações de maior emoção e sentimentos, são descritas mais facilmente pelos terapeutas, não como as vivenciaram, mas pela descrição de histórias vividas no contexto terapêutico, nas equipas e até nas famílias. Na sequência do relatar desses momentos, surgem situações de maior emoção por parte dos terapeutas, através de um sorriso e ou de uma lágrima, pelas expressões faciais e posturais (tanto podemos rir de alegria como de tristeza), concordante as teorias de comunicação em que a leitura da forma como nos comunicamos está ligada á interligação nos diferentes níveis comunicacionais. Fica também latente no percurso das entrevistas a importância do tipo de comunicação verbal e não verbal, na relação, pela forma de expressão de sentimentos e emoções. Assim, ao falar-se dos resultados deste estudo, ficará mais correcto falar-se de uma reflexão das tendências e da forma como o entrevistador conseguiu perceber e sentir a informação. *“Considerando que cada método qualitativo é único por si mesmo, é bastante difícil adoptar critérios estandardizados para o conjunto de estudos”* (Fortin, 2009, p. 302).

Pela reacção à introdução da temática a tratar, de imediato se percebeu que era um assunto que os terapeutas ocupacionais o sentiam como importante, inerente e constante na sua prática clínica. assim como, maioritariamente não falavam sobre ele. Esta reacção foi facilitadora para iniciar a entrevista. Juntamente à reacção de que era muito importante, vinham as descrições e definições do que era a relação terapêutica e só posteriormente, como se sentiam na relação. Assim, sentiu-se que para estes

aspectos, seria importante dar-lhes um lugar igualmente privilegiado no estudo. *“...vamos falar da relação terapêutica... da vivência do terapeuta..., da forma como o terapeuta ocupacional se sente com os clientes na relação terapêutica”*, compreendeu-se que para além de não ser uma temática habitualmente falada é muitas vezes vivida solitariamente. A necessidade imediata surge em dar uma contextualização ao tema e iniciar o pensar *“o que é isto de relação terapêutica”*. O dar-se sentido à forma como se descreviam os diferentes conceitos relacionados com a relação terapêutica, o proporcionou a oportunidade de nos enquadrarmos no tema e de se perceber o conhecimento em termos teórico e práticos dos terapeutas, acerca deste. Tornou-se um espaço de *“aquecimento”*, da possibilidade de gerar um clima empático. Este aspecto é importante, como já verificámos no enquadramento teórico, para trabalhar a confiança mútua e assim, proporcionar um clima mais confortável, para se falar do que se sente, de si próprio. Esta oportunidade teria de ser criada, pois foi referido que não havia o hábito de falar deste assunto, logo de expressarem o que sentem, de que modo estão e de se questionarem de como estão na relação terapêutica.

Não é fácil falarmos do que sentimos, apesar de falarmos sempre com o que sentimos.

O que é a relação terapêutica, tendencialmente é descrita por todos, como uma relação entre pessoas com papéis diferentes. Esta é concordante à postura de diferentes autores, que entendem na relação terapêutica, as pessoas clientes e os terapeutas como sendo *“...pessoas a quem sucede sermos terapeutas...”* (Whitaker, 1990, p. 29). Ao ser uma relação entre pessoas, podemos considerar implícito, de que o encontro entre pessoas, carrega com ele emoções, sentimentos, e vivências diferentes *“...ao definir o processo terapêutico como um processo dialogico só posso concebê-lo como influência mutua, não se pode estar em dialogo sem se estar aberto à mudança, uma vez que o dialogo se define como processo de transformativo”* (Grandesso, 2006, p. 282).

A referência feita à diferença de como os terapeutas ocupacionais e os outros profissionais se relacionam com os seus clientes, vem de acordo com o que anteriormente foi referido teoricamente e se defende como específico da prática na terapia ocupacional, uma proximidade distanciada. Em que a actividade, o fazer, necessita de estar e fazer com... em vez de dizer como, *“fazemos com... a forma de “estar com” em terapia ocupacional é uma representação singular de “fazer com”, quando “fazemos com”* (Crepeau, 2005, p. 159).

Os terapeutas que incluem a família dos clientes na relação terapêutica, sem esta questão ser colocada, estão ligados às áreas da Medicina Física e Reabilitação, à das Crianças e Jovens e as que fazem trabalho directo no domicílio. Poderemos deduzir, que nestas áreas de intervenção, a dependência familiar é mais evidente na prática directa actual destes terapeutas ocupacionais. Percebe-se que a dependência é muito directa, normalmente necessitam de serem acompanhados ao tratamento, da utilização das tecnologias de apoio no domicílio, de ensinamentos de como lidar com as dificuldades / incapacidades, alguns destes familiares acompanham e integram as sessões de terapia ocupacional. Nas outras áreas de actuação os doentes deslocam-se sozinhos, ou estão em situações de internamento agudo e ou prolongado, e a sessão terapêutica é de carácter individual e / ou de grupo. É de referir de que se fosse colocada a questão, de como se colocavam na relação com as famílias dos clientes, possivelmente seria para todos muito evidente a inclusão destes, independentemente das áreas intervenção. Pois desde sempre os terapeutas ocupacional em saúde mental, na geriatria e nas toxicodependências têm tido na prática, uma particular atenção e preocupação de envolver o meio social e o meio familiar, para a obtenção de melhores resultados terapêuticos. A intervenção e a integração dos clientes na comunidade, assim como, a preocupação de cuidar do bem estar familiar dos seus clientes é uma das práticas da terapia ocupacional.

Surgiu o pré conceito de muitos entrevistados de que a relação terapêutica não é muito importante para os terapeutas da área da Medicina Física e de Reabilitação, o que é o oposto com a posição de todos os entrevistados desta área. Estes colocam a relação terapêutica, como muito importante e como sendo o primeiro investimento que fazem no inicio do processo terapêutico, que vem ao encontro do que actualmente se defende em terapia ocupacional. Estes terapeutas que maioritariamente descreviam que no inicio da actividade profissional era a técnica “pura e dura”.

A comunicação e relação têm uma íntima interligação, concordante com a teoria na investigação teórica realizada. *“A arte de desenvolver uma relação é extremamente difícil de comunicar. É parcialmente uma questão de personalidade, parcialmente de habilidades sociais e comunicativas, parcialmente relacionada à experiencia e parcialmente resultado de dinâmicas interactivas altamente efectivas ”* (Hagedorn, 2007, p. 138). A maioria dos terapeutas ocupacionais entrevistados, relacionam esta a um conhecimento adquirido academicamente, mas não a valorizam de forma explicita, mas fica sob entendido nos diferentes contextos no percurso da entrevista. A comunicação, é responsável pelo tipo de participação e compromisso do terapeuta e

do cliente no tratamento e contribui simultaneamente para a boa qualidade duma aliança terapêutica. Reflecte-se no resultado e qualidade da terapia e consequentemente no sucesso terapêutico. A comunicação está inerente à relação. “*Como a comunicação sempre se estabelece uma relação recíproca, a disposição, os esquemas de comunicação e o comportamento do indivíduo sempre poderão ser vistos como reflexo do ambiente comunicativo de cada um*” (Castelha, 2007, p. 17). De acordo com a pesquisa teórica, era de esperar que a comunicação fosse mais valorizada pelos terapeutas, possivelmente por ser muito óbvia no contexto relacional, não exista a necessidade de a valorizar. No entanto, isto vem de encontro da diminuta cultura teórica acerca do assunto por parte destes. Um pormenor importante é que o aspecto de uma aparência pessoal ligada à comunicação com o cliente, é muito referido como facilitador no demarcar (comunicar) os papéis de cada um no contexto relação terapêutica e como importante no estabelecer de limites, como posteriormente iremos abordar. A aparência pessoal, é muito situada como uma aprendizagem marcante na cultura académica da terapia ocupacional. A expectativa do entrevistador era a que a comunicação fosse um assunto mais valorizado e explorado pelos entrevistados.

O conceito de empatia surgiu ligado à importância e à qualidade da relação terapêutica. Este conceito é valorizado e está associado à aprendizagem académica. Os aspectos comuns a todos os entrevistados a cerca de empatia são: a sua importância para a qualidade na construção da relação, que é essencialmente marcada / definida pelo 1º encontro; o ver através dos olhos de outra pessoa e o saber colocar-se no lugar do outro. Os aspectos referenciados, são concordantes com alguns dos princípios legados por Carl Roger. Simultaneamente ao facto deste conceito estar ligado a uma aprendizagem académica, sente-se por outro lado, que é descrito de uma forma fragil, com incertezas e de forma pouco objectiva. Percebe-se que os entrevistados sentem que há algo mais do que um conhecimento objectivo, que está inerente às características individuais, subjectivamente sentidas por cada pessoa um, de difícil descrição. Tendencialmente sente-se que a empatia é um contributo que essencialmente é descrito, como se parti-se do terapeuta para com o cliente em vez de uma postura de contributo mútuo, cliente / terapeuta. Não é colocado a possibilidade de o cliente ter ou não uma empatia para com o terapeuta. Como se a relação empática fosse unidireccional. Aqui, também se percebe que os terapeutas colocam muito as suas capacidades pessoais, mais do que um saber técnico... possivelmente o tal “dom”... ou melhor, uma fraca aprendizagem técnica que dê um contributo efectivo ao “dom”. Percebe-se que a empatia está mais ligada ao que

se sente pelo outro, mais do que como se faz para se obter um clima empático e / ou uma aprendizagem.

A formação acadêmica, é pela maioria considerada como pouca e desfazada da realidade. No entanto, todos retêm alguns conhecimentos no percurso profissional, tais como a comunicação e empatia, apesar destas nos aparecerem descritas de forma fragil. Maioritariamente também a reconhecem como mais teórica, como “uns concelhos”, mais do que um desenvolvimento pessoal e expêriencial. Este aspecto vem em contradição com princípios que defendemos como correctos de uma aprendizagem. *“O experimento é a pedra fundamental da aprendizagem experiencial. Ele transforma o “falar sobre” em fazer, e lembranças antigas e teorizar em um “estar plenamente aqui” com toda a imaginação, energia e excitação”* (Zinker, 2001, p. 87). Os aspectos referidos como mais valorizados da aprendizagem acadêmica, pela maioria dos entrevistados, ligados à relação terapêutica, são: uma aparência pessoal cuidada, com o uso de farda, o não uso de adereços, cabelos apanhados; uma relação com o cliente distanciada, um terapeuta conhecedor / seguro da sua profissão e intocável pelos sentimentos, pelas emoções e os limites, o não dar os contactos pessoais e estes que são concordantes em parte, com o que se descreve como sendo uma da distância confortável para com o cliente. É de referir, que são menos concordantes com uma proximidade distanciada que se pretende da relação terapêutica. Pois esta exige um terapeuta pessoa, com capacidade de sentir, de se emocionar, mas de o saber gerir. A relação professor – aluno na vida académica, surge como desajustada e esta podendo servir de modelo a transportar para a vida prática. Todos os terapeutas acabam por referenciar os limites como importantes, embora maioritariamente os refiram como transmitidos de forma desajustada á prática real. A importância dos limites é concordante com uma boa definição do desempenho dos diferentes papeis em terapia. As disciplinas ligadas à saúde mental e os estágios são considerados importantes para a aprendizagem do contexto relacional. Relacionar este aspecto com a saúde mental, está de acordo com o que se encontra na literatura, pois não existem muitas referências à relação terapêutica, à relação terapeuta /cliente na generalidade das outras áreas de intervenção clínica. A referência da forma como a relação terapêutica foi tratada academicamente, parece de uma escola que permaneceu nos anos 40, ligada à competência técnica e à distância na relação. Mesmo pensando, que os terapeutas entrevistados tiraram o curso nos meados dos anos 70, continuaram e permaneceram nesta postura (para alguns terapeutas) até aos finais dos anos 90 (isto tendo em conta os anos de final de curso desta amostra). Quando sabemos que nos anos 50 e 60, numa tendência psicanalítica, se começa a

dar importância ao papel e postura do terapeuta na relação, mas é nos anos 80 que se retoma a importância de uma relação de carácter mais pessoal. Actualmente a relação terapêutica em terapia ocupacional é considerada como primordial para a ocupação terapêutica, a relação é vista como facilitadora da participação nas actividades e não as actividades como mediadoras e facilitadoras da relação. Poucos terapeutas se mostram actualizados teoricamente, com os actuais princípios da terapia ocupacional, apesar de que, o que sentem na sua prática clínica, serem concordantes com estes.

Quando lhes foi sugerido que propostas poderiam fazer para uma melhoria da aprendizagem académica, maioritariamente responderam que nunca tinham reflectido sobre o assunto. Alguns referiram que deveria haver mais situações em que poderiam desenvolver melhor as suas aptidões pessoais e o seu auto conhecimento. Ao reflectirem no assunto, no percurso da entrevista e essencialmente no final desta, alguns referiram a importância de esta poder ser tratada como uma disciplina autónoma e ou um aspecto a ser bem cuidado. Poderemos perceber que, apesar de maioritariamente se sentirem insatisfeitos com a aprendizagem que tiveram, também sentem dificuldade em especificarem o que seria importante ser leccionado e de que não pensaram muito nesse assunto. Reflectindo nisto, poderemos dizer que a relação terapêutica nos aparece como algo que é importante, mas que os terapeutas não sabem como o tornar viável numa aprendizagem académica. O facto de não se ter uma sólida base de conhecimentos, também dificulta o reflectir e pensar este assunto de uma forma académica e organizada. Neste aspecto, tendo em conta que os seres humanos são seres relacionais, ajuda a superar a necessidade de uma aprendizagem. Em alguns terapeutas, surgiu a ideia de que aprender algumas técnicas de vivenciar a relação terapêutica, poderiam deixar de sentir o outro, de se emocionarem como pessoas e isso não lhes agradava. Não se referiam à aprendizagem de técnicas como sendo um meio para melhorar a vivência emocional e até de se poderem emocionarem mais, mas de forma mais consciente, mais adequada no contexto terapêutico. O que é evidente é que transmite um débil conhecimento das técnicas e treino relacional, defendido por todas as áreas de intervenção, nomeadamente psicoterapêuticas, onde a relação terapêutica é o grande e principal instrumento de intervenção clínica, uma falta de conhecimento (quem sabe interesse) teórico actualizado.

Após estes aspectos iniciais, em que o clima de confiança era maior, iniciou-se a abordagem ao sentir do terapeuta... o que pretende para si próprio...as suas alegrias... os seus sofrimentos... as suas dificuldades na relação em contexto terapêutico...

Ao se tentar encaminhar a entrevista para o sentir do terapeuta na relação terapêutica, surgem alguns silêncios, lágrimas e algumas expressões faciais de algumas interrogações e de resignação. Percebe-se que maioritariamente há a certeza de que seria importante falar-se, mas é difícil falar de si próprio e de lidar com os sentimentos e emoções do outro. Esta dificuldade sentida inicialmente pelo entrevistador acaba por ficar mais facilitada no decurso da entrevista. *“Cabe ao entrevistador criar um clima de confiança, a fim de que o participante se sinta à vontade para responder às questões”* (Fortin, 2009, p. 378).

O falar-se da pessoa terapeuta, o sentir, surge através de questões mais direccionadas e após ter sido percorrido algum tempo de entrevista. O falarmos de nós próprios, obrigatoriamente desperta as nossas defesas, as nossas angústias, tristezas e alegrias. Para o terapeuta, ou qualquer profissional, falar de si próprio como pessoa, o que sente e como está no contexto terapêutico não é fácil. A necessidade de se fazer um percurso, de criar um ambiente de confiança foi primordial. Após a abordagem dos aspectos anteriormente referenciados, o ambiente tornou-se mais confortável, mais favorável a poder-se pensar e reflectir o que a pessoa terapeuta sente no contexto da relação terapêutica. A vivência de qualquer situação é muito pessoal e vivida de forma subjectiva. Neste aspecto, é importante dar relevo ao respeito necessário de se aceitar o outro nas suas diferenças e semelhanças, tal como deve acontecer no contexto relacional em terapia.

“Se é verdade que o tempo tem relação com a subjectividade, isso não quer dizer que subsista nela como uma forma. Tempo é experimentação que a consciência tem o seu próprio fluir, o qual se apresenta, por um lado com um continuo em constante mutação (a cada vivencia, a vivencia antiga vinculada à minha existência, mas de forma modificado, como um perfil da primeira e, sucessivamente, como perfil do perfil e por outro lado, esse fluir se configura como uma rede de perfis repetidos em torno de cada vivencia actual de modo a estabelecer, para essa vivencia, uma espécie de horizonte em dupla direcção: passado e futuro” (Cunha, 2007, p. 86).

A vivência terapêutica, distingue-se das comuns, por ter um objectivo profissional de carácter técnico e terapêutico, no entanto esta é também transporta uma vivência subjectiva da pessoa terapeuta.

“O campo terapêutico não pode desenvolver-se sem que o paciente e o terapeuta se impliquem reciprocamente tanto na diferença como na semelhança. Aí, onde parece fazer falta o sentido, dois mundos devem entrar em interacção e comparar os métodos

para criar sentido... O campo terapêutico anima e faz vibrar dois mundos, em princípio, estranhos. ...Entre eles existirá sempre uma união móvel e transitória, uma zona de jogo que é o epicentro do campo terapêutico...” (Rey, 2003, pp. 26-27).

Sentiu-se que os terapeutas que tinham uma melhor formação profissional e académica, tinham mais facilidade, de falar de si próprios, do seu sentir na relação terapêutica, nas suas fragilidades, nas suas dificuldades e das suas capacidades. Sentiu-se uma maior segurança. A dificuldade é maior, nos que têm menos formação. Vem ao encontro de que o terapeuta deveria ser detentor de um saber técnico de carácter relacional, bem fundamentado e integra-lo como uma técnica de suporte na relação e compreende-lo com um saber técnico.

A vivência da relação terapêutica no percurso profissional e a forma como se colocam agora na relação, é em todos consideravelmente diferente em relação ao início. Inicialmente a técnica era colocada em primeiro lugar, esta dava-lhes mais segurança, e actualmente é na relação, que é feito o primeiro e principal investimento do processo terapêutico, incluindo os da área de Medicina Física e Reabilitação. Embora alguns referissem que logo de início pareciam a importância da relação terapêutica. Estes referem que actualmente sentem, que se não houver uma boa relação terapêutica a técnica tem menos resultados. Referem que até a dor é melhor suportada.

Inicialmente percebiam que eram sensíveis ao outro e que se emocionavam. Nesta vivência muitos sentiram-se sós e receosos das suas “boas” capacidades como terapeutas, pois não vinha ao encontro do que lhes tinha sido ensinado. Maioritariamente dizem que colocaram as suas capacidades pessoais e o que lhes parecia ser melhor fazer, o bom senso, numa aprendizagem pessoal e através da prática profissional.

No que diz respeito à gestão das emoções, percebeu-se que não seria uma questão facilmente abordada e falada pelos entrevistados. Surgiram manifestações e exteriorização de sentimentos e emoções por parte dos entrevistados. O controle e ou não controle das emoções...*nunca falo disso... o que eu sinto?.., como fazer..., o que é correcto... o que se aprendeu e a realidade prática..., nem sei como dizer...* . Muitas das opiniões começaram por ser o que teoricamente e tecnicamente é considerado o correcto - controle da exteriorização das emoções e a capacidade de distanciar das situações. No entanto em muitas das situações, no decorrer da conversa, esta não era de forma alguma tão pragmática e tão objectiva. *“A acção, o significado e a emoção estão omnipotentes na experiência humana, e, por isso, qualquer tentativa de separá-*

las serve apenas a propósitos heurísticos e pragmáticos” (Douglas, 2000, p. 302). Durante o tempo em que se abordou os aspectos mais emocionais, alguns dos entrevistados demonstraram algum choro, correram lágrimas, algumas expressões faciais alteraram-se. ” *Ao trabalhar com os aspectos emocionais de cuidado do paciente, em outros casos com alguns pacientes difíceis, são afectados pela frustração e ambiguidade de papel*” (Grubets, 2004, p. 72). Também no decorrer desta parte da entrevista, surge a necessidade de se contarem inúmeras histórias e de as interligarem com as suas vivências pessoais, opiniões e aspectos ligados à intimidade da vivência pessoal. Surgiram manifestações de lágrimas e de muitos silêncios. Sentiu-se a importância da descodificação das diferentes formas de comunicação, para se dar alguma leitura ao que era manifesto, pois, aqui esteve muito presente o não verbal como forma de “falar” acerca do assunto. Percebeu-se que seria mais fácil explicarem o porquê de se emocionarem do que o como se emocionarem e o que sentiram. O falar do outro, do porquê de como se está com o outro, parece mais facilitador do que falar directamente de si próprio, aparece como um metacomunicar acerca de si próprio.

É importante salientar que neste aspecto, alguns entrevistados ligados à prática da psiquiatria e à saúde mental, em que a relação terapêutica é a essência da técnica, da prática clínica, nunca falavam do que sentiam, nem tinham qualquer tipo de suporte a esse nível, em termos profissionais. São também estes profissionais que abordam uma dificuldade maior de gerir as emoções na relação terapêutica em períodos mais complicados da vida pessoal. Para os terapeutas ocupacionais, profissionais na saúde mental, a relação terapêutica é a essência do seu trabalho, embora todos os entrevistados referiram de que de alguma forma se deixam claramente emocionar e que querem manter essa capacidade, mas que pretendem e sabem a importância de a gerir perante o cliente. Este facto, poderá estar ligado à relevância de que em relação, as emoções nos colocam numa relação mais verdadeira, mais humana, que nos deixam a capacidade de melhor sentir e lidar com o outro, em reciprocidade. A relação entre pessoas envolve a comunicação das emoções, e, esta por sua vez, está intimamente ligada à relação empática, possivelmente aquilo que alguns terapeutas descreveram como sendo “*uma química*”, “*algo que se sente*”... Mas também, possivelmente ao que se refere da proximidade necessária relacionada com o *fazer com*, ou simplesmente porque com as emoções se comunica, e, relacionarmo-nos é comunicar

No que diz respeito à vivência das emoções todos os entrevistados dizem que se emocionam mais actualmente do que no início da profissão. Mas, apesar de se

emocionarem mais actualmente, gerem melhor as emoções. Muitos referiam-se a este facto com algum espanto, pois não entendiam porque se emocionavam mais, com mais prática, pois já deviam ter "*mais calo*". Este aspecto, parecia não ser muito compreensível para todos os terapeutas, no entanto é o que sentem. Poderemos interligar o facto de se emocionarem mais actualmente, por investirem mais na relação e pelo facto de se sentirem mais seguros na gestão das emoções. Aqui também entra o factor idade e experiencia profissional, que podem facilitar o aumento da emoção e a melhor gestão desta. A consciência e a capacidade de assumir, que as emoções fazem parte da vida e não nos tornam mais frágeis, pode ser também facilitador.

A aprendizagem da gestão das emoções, maioritariamente aprenderam sozinhos "*escola da vida*". Referem o bom senso e as características pessoais como importantes. Outros acrescentaram-lhe aprendizagens pouco significativas, ligados à literatura e ou à frequência de formações práticas, workshops, relacionadas com esta temática. É de referir que as pessoas que mais referiram uma má formação académica a este nível, foram os na sua maioria, não procuraram formação para melhorar esta falta de conhecimento, ligadas a um desenvolvimento pessoal, mesmo os que sentiram necessidade de alterarem significativamente as suas posturas na prática clínica, no que diz respeito à relação terapêutica. Fica a ideia de que quanto mais e melhor informação se tem, mais se pretende e se valoriza o conhecimento, neste aspecto, parece-nos que a formação académica pode ter um papel fundamental. Os terapeutas que trabalham mais isolados, são os que menos procuraram um aperfeiçoamento e actualização profissional neste âmbito. Os entrevistados que recorreram a formações mais específicas e significativas, maioritariamente estão integrados em equipas funcionais, ligadas ao foro da saúde mental e a trabalharem com outros colegas. É interessante perceber-se que o facto de se estar mais acompanhado, há um estímulo mútuo e saudável a um crescimento, crescemos melhor e mais, nos estímulos da relação com o outro.

No que diz respeito à exteriorização das emoções, diante dos clientes, percebeu-se que não era fácil abordarem este assunto. Aqui os silêncios e alguma resistência por parte de alguns foram particularmente sentidos. De acordo com os princípios pessoais e profissionais, responderam maioritariamente, o que pensam ser adequado, a não exteriorização das suas emoções, que as controlam, no entanto acabaram por referir de que de alguma forma todos já tinham tido manifestações de exteriorizações de emoções perante os seus clientes. O que é claro, é que todos pensam que é importante o controle destas no contexto terapêutico. Aqui é muito claro, de que o

papel de terapeuta está definido de uma forma clara em relação ao do cliente, pois a este é-lhe permitido emocionar-se e muitas vezes até terapeuticamente recomendável.

A vivência das situações, emocionalmente mais difíceis de vivenciar, é vivida de forma solitária e / ou com a família, outra parte diz partilhar com a equipa. De alguma forma, todos sentem necessidade de exteriorizar os seus sentimentos e emoções, o que está de acordo com o que muitas vezes é recomendável em terapia.

As situações descritas como mais difíceis de gerir são as que têm uma identificação directa com a sua vivência pessoal. Esta é essencialmente sentida com os entrevistados em que a relação terapêutica é a essência da sua prática. Percebem-nas como sendo sentidas por eles próprios, com dificuldade de perceberem a onde começa e acaba o seu papel, de se compararem, de se espelharem no outro. Essencialmente se se sentirem pessoalmente mais fragilizados. Os terapeutas ligados à prática da saúde mental são os que mais referem estas dificuldades e os que mais se emocionam. Nestas circunstâncias, o conhecimento e a técnica é fundamental, o “bom senso”, “senso comum”, os “conselhos”, percebe-se que não chegam. Poucos dizem ter espaços devidamente organizados para a partilha e gestão destas dificuldades, mas sentem estes como muito importantes.

Em relação aos preconceitos, dizem-se, maioritariamente, não preconceituosos, o que não se verificou no decurso da entrevista. Os entrevistados com mais formação a nível psicoterapêutico, foram os que disseram que tinham alguns preconceitos. Percebe-se que a formação e um auto conhecimento orientado e trabalhado tecnicamente, de uma melhor capacidade introspectiva, é mais facilitador no assumir das dificuldades e facilidades, como estas sendo próprias do se ser humano. É significativo que os terapeutas se referem essencialmente ao preconceito do terapeuta para com o cliente e não do cliente para com o terapeuta. Só um dos entrevistados aborda que os clientes dele podem sentir algum preconceito para com ele. A preocupação não é colocada de como o cliente preconceituoso está perante o terapeuta, e como este pode lidar com isto, o mesmo que acontece com os limites (anteriormente referido). Será arriscado deduzir-se de um poder, não questionado, que o terapeuta se sente detentor?

Todos consideram que os clientes não são todos iguais, por serem todos pessoas, estando de acordo com o que é descrito na relação terapêutica, como sendo uma relação entre pessoas com as suas diferenças. Percebe-se que todos sentem que o contexto terapêutico, a ocupação, é um espaço onde as situações, as diferenças mais

complicadas de gerir estes ficam esbatidos e de que eticamente os terapeutas sabem que têm de lidar com as diferenças do outro.

Referindo-se à interferência da forma como se sentem na da vida privada na no contexto da relação terapêutica, a maioria dos entrevistados dizem que não interfere, mas o contrario, do contexto terapêutico para a vida privada, referem na maioritariamente que interfere. Se interligarmos, isto com facto de alguns dos terapeutas trabalharem sozinhos e que o suporte das emoções vividas em contexto terapêutico, é dado pelos familiares, entende-se que mais facilmente desloquem os problemas para o contexto vida pessoal. No suceder da entrevista percebe-se que em ambos os sentidos uma interfere na outra. Percebe-se também, que quem tem uma formação mais diferenciada e uma boa equipa de suporte, esta mistura, esta interferência, fica mais atenuada e mais dirigida aos respectivos contextos... O que fica latente em todos é que, os limites não são rígidos

Todos tiveram relacionamentos pessoais mais significativos, no contexto terapêutico e na maioria resolveram sozinhos, e/ou, com apoio de colegas e da equipa.

O maior suporte que a maioria tem para a gestão das emoções e sentimentos é o espaço familiar, o que está de acordo com o que referiram que facilmente levam os problemas de trabalho para casa. Todos defendem de que este suporte deveria estar na equipa, no local de trabalho. Alguns referem não confiar em algumas pessoas da equipa com quem trabalham e até já se terem sentido que foram traídos. Pensando numa generalização a outros elementos da equipa, isto provavelmente também deverá acontecer.

Reflectindo sobre os aspectos importantes a ter em conta na relação terapêutica, o que claramente aparecia novamente referido foram os limites a estabelecer e os outros aprendidos academicamente (é um assunto pouco reflectido). Estes continuam a ser os que anteriormente já referimos, os limites mais objectiváveis. Mas no momento do contexto terapêutico, no face a face com os clientes poucas referencias aparecem.

Outros aspectos, como responsabilização, os tempos de terapia, o poder em terapia, foram aspectos sentidos pelo entrevistador, como pouco reflectidos e alguns nunca foram questionados pela maioria dos terapeutas. A maioria das respostas a este assunto foram reflectidas durante a entrevista Poderemos pensar que isto está intimamente ligado ao facto de uma frágil fundamentação teórica e técnica acerca da relação terapêutica.

Ao se abordar o vínculo e a aliança terapêutica, estes são referidos como importantes para a terapia. Entendemos isto se fizermos a ligação com a referência ao tempo necessário para estabelecer confiança, para se conhecer melhor e a importância deste no estabelecer e na consolidação da relação. O termo vínculo terapêutico e /ou aliança terapêutica surge em poucos elementos do decurso das entrevistas. É a percepção que os terapeutas têm pela sua prática, mas não por um conhecimento mais científico e teoricamente estudado. Ao se introduzir este assunto no decurso das entrevistas, pensou-se que seria um aspecto ao qual os terapeutas iriam dedicar mais atenção. Pois, a aliança terapêutica é muito estudada, cuidada, no âmbito da relação terapêutica. No âmbito da literatura actual da terapia ocupacional, a aliança terapêutica é uma temática abordada, esta já tinha tido alguma dedicação pelos terapeutas de uma linha psicanalítica nos anos 70. Actualmente, por todos os autores da terapia ocupacional, é defendida como importante para uma boa intervenção em termos da ocupação terapêutica

As propostas para que os terapeutas ocupacionais pudessem pensar e ter suporte para a vivência pessoal da relação terapêutica durante o percurso profissional, é também, um assunto pouco ou nada reflectido para a maioria dos terapeutas. Surgem as hipóteses mais óbvias, a equipa e os colegas de trabalho e até uns “sei lá!”, “nunca pensei nisso”. Os grupos de reflexão conjunta, a supervisão entre colegas, são vistas por uma grande parte, como ameaçadora e pouco funcional. Alguns colegas sugerem os grupos de reflexão, a supervisão entre terapeutas, mas a maioria foram hipóteses levantadas pelo entrevistador. Surge a falta de tempo, o que é ouvir colegas que não conhecem as realidades deles...o que ganham com isso?...economicamente e na carreira..., não levam esta questão para um partilhar, um suporte de pensar o assunto, uma aprendizagem... É como se reflectir e pensar o a relação terapêutica, fosse arranjar soluções imediatas para questões imediatas e que isso poderia levar a um dispêndio de tempo pessoal. Esta é uma postura dos terapeutas que durante o percurso da entrevista, referiram maiores dificuldades e se sentiam mais sós no contexto terapêutico. Em contraste a este aspecto é importante referir, que existem alguns terapeutas desta amostra que pensam e defendem a existência de grupos de trabalho e/ou supervisão para um melhor suporte e crescimento a este nível. Esta postura está ligada essencialmente aos terapeutas com uma maior formação e informação técnica e teórica.

O tentar perceber como os terapeutas se cuidam, maioritariamente referem que se cuidam pouco, outros falam em ocupações significativas para além da profissão, mas que se reflectem na qualidade e bem estar desta. Poucos referem a formação

profissional, como uma forma de se cuidarem como pessoas terapeutas. Estes são os que claramente referem que o exercício profissional também lhes dá prazer se cuidado e a formação ajuda a sua prática.

No final é dado aos terapeutas a oportunidade de fazerem as suas considerações finais, como forma de despedida, de final de entrevista. As propostas não foram significativas, mas ao foi dado um grande ênfase ao terem tido gosto de falar sobre este assunto, assim como era das poucas vezes que tinham reflectido neste de forma mais organizada, mais estruturada.

Uma curiosidade que nos parece importante referir é que o que é referenciado, no ponto, trabalho de campo, relacionado com o que se afirma como sendo “o início”, “o meio” e a “a despedida”, correspondem exactamente ao que aconteceu em termos de discurso e nos tempos reais do percurso das entrevistas e o que só posteriormente se tomou consciência durante as leituras e audições da realização desta reflexão.

... construir um conto... a imagem que se foi gerando no percurso da construção desta reflexão. Conforme se iam fazendo as entrevistas, foi-se percebendo que cada uma poderia ser um conto. Um conto, contado por aquela pessoa. O entrevistador, tinha consigo o seu próprio conto. O conto deste foi-se associando aos contos dos outros, no final tinha todos os contos, no seu próprio conto e poderia contar esses contos num só conto... assim... surge a memória da uma história, “Mané Fulô” de Cecília Prada “... *Beija – Fulô... podia ser; não podia? Que vai descobrindo pouco-que-pouco o que sempre vem escondendo nas dobras de todas as estórias, que numa são aquilo que são, que as pessoas contam... Bem dizem que quem conta um conto acrescenta um ponto. Há! Há! Mas não vou acrescentar, não tenho tenção, só meu pensamento dessa estória, tenho direito não tenho? Porque tem coisa...*” (Rinaldo, 2006, p. 140).

5. Conclusão

“Cansamo-nos de tudo, excepto de compreender. O sentido da frase é por vezes difícil de atingir. Cansamo-nos de pensar para chegar a uma conclusão, porque mais se pensa, mais se analisa. Mais se distingue, menos se chega a uma conclusão.

Caímos então naquele estado de inércia em que o mais que queremos é compreender o que é exposto – uma atitude estética, pois que queremos compreender sem nos interessar, sem que nos importe o compreendido seja ou não verdadeiro, sem que

vejamos mais no que compreendemos Senão a forma exacta como foi exposto, a posição de beleza racional que tem para nós.

Cansamo-nos de pensar, de ter opiniões nossas, de querer pensar para agir. Não nos cansamos, porém, de ter, ainda que transitoriamente, as opiniões alheias, para o único fim de sentir o seu influxo e não segui o seu impulso.” (Bernardo Soares, 1998, p. 234).

... correndo o risco de iniciar esta conclusão de um forma um pouco ortodoxa, mas...

Todos sabemos que faz bem à saúde fazer qualquer coisa.

Todos sabemos que faz bem à saúde relacionarmo-nos com os outros.

Todas as pessoas se relacionam e sabem fazer coisas!

Como terapeutas ocupacionais, habitualmente deparamo-nos com a postura dos que nos rodeiam, até os técnicos de saúde, a dizerem-nos “veja se tem aí qualquer coisinha para este doente fazer...sempre está entretido, a fazer qualquer coisa, só lhe faz bem...” Sem duvida que é verdade, mas não isto não é um pedido de uma ocupação terapêutica. Também vulgarmente se diz que falar e estar com outras pessoa “faz bem à saúde”. Sem dúvida que é verdade, mas não isso, não é relação terapêutica.

- Será que a maioria dos terapeutas ocupacionais ainda tratam a relação terapêutica como o vulgar dos cidadãos tratam a ocupação? Fica já aqui, uma sugestão para uma futura investigação.

Sempre se teve a consciência de que se partiu para um tema e metodologia arriscada de se elaborar, tendo em conta o tempo e o objectivo a que se destinava. Com o decorrer do tempo, a inexperiência no lidar com este tipo de metodologia e a exigência desta em todos os aspectos, essa consciência tornou-se mesmo muito realmente real.

Os grandes obstáculos iniciais foram: a pobre literatura acerca do tema “relação terapêutica” em relação à terapia ocupacional e a infindável literatura acerca do tema “relação terapêutica” na área das psicoterapias; a não existência de literatura que fale do sentir dos terapeutas (em geral), que dê voz aos terapeutas (em geral), o tempo das entrevistas e conseqüente passagem destas para a escrita (...horas a fio...); a distância física (... km...) para ir ao encontro dos diferentes entrevistados.

A maior dificuldade foi como tratar a informação. Por ser uma informação muito pouco objectivável, pela quantidade recolhida. Esta tornou-se riquíssima pela experiência e

vivência de todos os terapeutas ocupacionais envolvidos, parecendo-nos que toda necessária e o fazer escolhas entre um todo importante e rico e pela inexistência de mais informação paralela, devidamente pensada e publicada. No entanto, é de referir que esta metodologia é a que continua a fazer sentido a nesta forma de abordagem.

Mas, a grande dificuldade, é a consistência do ainda se sentir, em termos pessoais, “pouca agilidade”, em elaborar e gerir este tipo de metodologia. Tomando a liberdade de se fazer um paralelismo com o percurso da vivência do terapeuta, na relação terapêutica, poderemos fantasiar que com a experiência nos poderemos envolver mais e treinando e adquirindo um conhecimento qualificado para o uso deste este tipo de metodologia, nos poderemos envolver mais e melhor.

A grande facilidade deste trabalho, foi a disponibilidade de todos os terapeutas ocupacionais envolvidos nesta reflexão, pela forma como se disponibilizaram e colaboraram, o apreciarem e valorizarem o reflectir sobre o seu envolvimento na relação terapêutica.

O grande prazer pessoal na elaboração desta reflexão, é o facto de que, todos os que colaboraram e se envolveram directamente na sua execução, são terapeutas ocupacionais, o que vais ao encontro dos um dos objectivos iniciais a que nos propusemos no âmbito de uma reflexão feita para uma tese de mestrado em Terapia Ocupacional na Área de Saúde Mental.

Desde a pesquisa e suporte teórico à discussão dos resultados, foi uma investigação que se rodeou de questões, de interrogações e de muitas dúvidas. Por este motivo tornou-se muito longa e simultaneamente, sentimos que pouco aprofundada em cada um dos pontos reflectidos. Fica a ideia de que o sabor de cada ponto deveria ser cuidadosamente mais apurado.

Perante o que inicialmente nos propusemos - o sentir do terapeuta ocupacional, na relação terapêutica, surgia a sensação de que nada estava feito, de que tudo foi insuficiente.

Olhando para a globalidade da investigação feita, vem de encontro ao que se percebeu da investigação feita de que a relação terapêutica é considerada como essencial para o sucesso terapêutico, na ocupação terapêutica, mas que não é nem estudada, nem reflectida na sua essência pela maioria dos terapeutas.

A maioria dos terapeutas usa essencialmente as suas aptidões, características inatas relacionais no contexto terapêutico. Sentem que têm dificuldade em vivenciá-las, e,

que reflectindo um pouco no percurso da entrevista, até pensam que seria produtivo terem um contexto técnico mais sólido para exercerem uma boa prática profissional.

De acordo com o que pensamos, de tudo estar interligado, também a relação terapêutica é uma interligação do que cada um de nós é como pessoa e o conhecimento técnico.

O sentir do terapeuta ocupacional, na relação terapêutica, pensamos que foi respeitado até ao final desta reflexão, apesar de se ter a convicção de que conseguimos abrir algumas portas para serem estudadas e aprofundadas com o pormenor que a temática exige.

Assim poderemos deduzir o que os terapeutas ocupacionais sentem, da vivência na relação terapêutica:

- A maioria fala sobre o tema “ relação terapêutica” pela primeira vez.
- A maioria fala sobre si “o que sente no contexto da relação terapêutica” pela primeira vez.
- Definem relação terapêutica como uma relação entre duas pessoas, com papéis diferentes.
- Dão muita importância à empatia, mas descrevem-na essencialmente como algo “que se sente” e que é o “colocar-se no lugar do outro”.
- A comunicação não é muito valorizada de forma explícita e teoricamente técnica.
- Maioritariamente não abordam a aliança terapêutica de forma explícita.
- Pela experiência na prática clínica, sentem que a relação terapêutica é primordial, o principal instrumento de trabalho, o que está de acordo com a actualidade dos princípios do exercício profissional da terapia ocupacional.
- Não associam relação terapêutica a uma técnica *“primeiro a relação terapêutica...depois a técnica... e depois decorrem a par e par”*.
- A área de medicina física e reabilitação valoriza em primeiro lugar a relação terapêutica, o que era previsível por outros entrevistados como pouco importante neste tipo de prática.
- Os terapeutas que trabalham na área da psiquiatria e saúde mental e os das áreas intimamente ligadas da saúde mental, são os que mais sofrem, por se mais facilmente se identificarem com a problemática dos clientes.
- Os terapeutas da área de crianças e jovens, medicina física e reabilitação e os que prestam trabalho na comunidade, prolongam a relação terapêutica aos familiares.

- No início da profissão colocavam a técnica em primeiro lugar e actualmente a relação terapêutica.
- No decurso do exercício profissional, emocionam-se mais, mas gerem melhor as emoções.
- Maioritariamente sofrem, muitos em silêncio, o que vivenciam e se identificam no contexto relacional.
- Muitos terapeutas ocupacionais trabalham sozinhos (sem outros colegas terapeutas ocupacionais)
- A maioria gere os sentimentos e as emoções de uma forma pouco técnica e fora do contexto profissional. Em primeiro lugar com a família, sozinhos e alguns (uma minoria) com a equipa
- A maioria não usa na relação um saber técnico, mas sim as suas características pessoais, o “dom”...
- Todos referem ter ganhos pessoais na relação terapêutica e que não investem nesta só pelo cliente. Mas é mais fácil responderem se têm benefícios do que se sentem prazer na relação terapêutica
- Maioritariamente descrevem a formação académica como desfasada da realidade. Tanto como a relação terapêutica é ensinada, como na relação professor aluno.
- A maioria não sabe que sugestões fazer para melhorar a formação académica neste âmbito, mas pensam que deveria ser-lhe dado um lugar de primazia.
- Revelam na maioria, uma formação teórica muito pobre acerca do assunto, pouco actualizada.
- Percebe-se que os terapeutas com uma formação complementar mais estruturada no âmbito da relação, têm maior facilidade em abordar o assunto, a falar de si próprios e vivenciam as emoções no contexto terapêutico de uma forma mais saudável.
- Todos referem a importância de ter um suporte para melhor vivenciarem as emoções e sentimentos, mas a maioria nunca tinha reflectido sobre como isso poderia ser feito.

Sugestões:

- ...
- Pela imensa informação que este tema pode acarretar e pela pouca informação que há, de como cuidar do terapeuta ocupacional, na relação terapêutica, na ocupação terapêutica, em termos teóricos e práticos, cada ponto que foi apresentado na conclusão, daria um bom campo de exploração

para trabalhos científicos, tanto de uma metodologia quantitativa como qualitativa.

- Perceber, num estudo de metodologia qualitativa, o que é entendido por ocupação pela população em geral, por terapeutas ocupacionais e por clientes que usufruíram dos cuidados da terapia ocupacional.
- Perceber qual o actual conhecimento, entendimento sobre a relação terapêutica, dos jovens terapeutas ocupacionais, tanto em termos teóricos como práticos
- Elaborar um estudo comparativo de como professores e alunos vivem a relação académica, no curso de Terapia Ocupacional.
- ...

Partindo para o que motivou esta reflexão, o sentir na relação terapêutica, se é estar com sua personalidade e/ou a técnica... quem está só com os seus potenciais pessoais emociona-se e gere as emoções com mais sofrimento... quem está com os seus potenciais pessoais e saber técnico, emociona-se e gere as emoções com menor sofrimento. Conjugando “dom” e “saber técnico”, continuaremos a ser terapeutas/pessoas, a emocionarmo-nos, mas com mais qualidade de vida pessoal e técnica...

Acabar esta reflexão, sem propor a principal sugestão, não seria correcto. A sugestão vai para o berço dos terapeutas ocupacionais – uma boa formação académica.

...tenho consciência que como terapeuta ocupacional, o que nos distingue na prática clínica é a forma como estamos na relação terapêutica e no uso da ocupação terapêutica...

... mas também sabemos que ainda temos um longo caminho a fazer...

... é-se pessoa, em primeiro lugar, independentemente do papel que cada um de nós represente.... somos um todo...

BIBLIOGRAFIA

Arnais, P. D. (1998). *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*. (Masson, Ed.) Barcelona; p. 65

Arnoldi, M. V. e Rosa, M. (2008). *A entrevista na pesquisa qualitativa*. (1ª ed.). (Autentica). Belo Horizonte, Brasil; p.p. 11, 16, 23, 47, 53

Ayuso, D. M. (2003). *Terapia Ocupacional - Teoría e técnica* (Masson ed.). Barcelona, Espanha; p. 266

Bastos, C. e. (2008). *Terapia ocupacional - Metodologia e prática*. Rio de Janeiro: Rubio; 4, 6, 9

Bernardo Soares, Pessoa F., (1998). *Livro do desassossego* (1º ed.). Lisboa, Portugal; p.p. 188, 234

Besora, G. F. (2000). *Construtivismo e psicoterapia* (3ª edição revisada ed. ed.). Bilbao, Espanha; p.p. 121, 165

Castelha, K. G. (2007). *Constelações organizacionais* (6ª ed.). (Cultrix, Ed.) São Paulo; p. 17

Colas, I. B. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental* (1ª ed.). (E. e. Casa Psi Livraria, Ed.) São Paulo; p. 14

Crepeau, C. S. (2005). *Terapia Ocupacional - Willard & Spackman*. In C. S. Crepeau, *Terapia Ocupacional - Willard & Spackman* (10ª ed., p. 159). Buenos Aires: Panamérica; p. 159

Cunha, M. B. (2007). *Metodologia de Pesquisa, Todos os direitos reservados*. Retrieved 2010 23-Julho from <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/RBB/article/viewFile/413/409>.

Douglas C. B., R. C.K. (2000). *Metaconceitos - Transcendendo os modelos de terapia familiar* (2ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed; p.p. 44, 46, 114, 302

Pádua E. M. M., Magalhães L. V., (2005). *Casos, memórias e vivências em terapia ocupacional* (2ª ed.). (Papyrus, Ed.) Campinas, Brasil.

Fernandes, R. (28-Novembro de 2009). *Entrevista Semi-Estruturada II (características e como fazer)*. Retrieved 2010 11-Janero from <http://rfmcemmie09.blogs.sapo.pt/6304.html>:

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.) Loures, Portugal; p.p. 302, 378

Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Montreal - Canadá: Lusodidacta; p.p. 19, 26, 31, 379

- Francisco, B. R. (2001). *Terapia ocupacional* (2ª edição ed.). (papyrus, Ed.) Campinas; p.p. 41, 53, 61
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias Cognitivas: teorias e práticas* (5ª edição ed.). Porto: Edições Afrontamento; p.p. 12, 12
- Grandesso, M. A. (2006). *Sobre a reconstrução do significado* (2ª ed.). (L. e. Casa do Psicólogo, Ed.); p. 282
- Grubets, L. A. (2004). *Saúde mental e trabalho* (1ª ed., Vol. III). (C. d.-U. Bosco, Ed.) S. Paulo, Brasil; p. 72
- Guerra, I. C. (2002). *Cidadania, exclusões esolidariedades. paradoxos e sentidos das "novas políticas sociais"*. From <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/63/RCCS63-047-074-Isabel%20Guerra.pdf>.
- Guerra, I. C. (2008). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - Sentidos e formas de uso* (1ª ed.). Cascais, Portugal: Principia; p.p. 15, 25 – 26 , 52, 53, 61, 62, 83, 86
- Hagedorn, R. (2007). *Feramentas e prática - Terapia ocupacional - uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais*. Brasil: ROCA; p.p. 31, 129, 131, 133, 134, 138
- Heidgger. (1987). *Introdução à Metafísica*. (T. Brasileiro, Ed.) Rio de Janeiro, Brasil; p. 80
- Jones, E. (1999). *Teoria dos sistemas familiares* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores; p. 30
- Keilhofner, G. (2002). *Model of human occupation* (3ª ed.). (L. W. Wilkins, Ed.) Baltimore, U.S.A.; p.p. 2 – 3
- Laplanche, J. B. (2004). *Vocabulário da psicanálise* (4ª ed.). (S. P. Fontes, Ed.) São Paulo; p. 64
- Law M., S. B. (2009). *Medida canadense de desempenho dcupacional*. (ufmg, Ed.) Minas Gerais; p. 17
- Luc A., F. D.-P.-G. (2005). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). (G. Publicações, Ed.) Lisboa, Portugal; p. 92
- Mac Caul, M. e. (1960). *Terapia ocupacional em reabilitação* (4ª ed.). Colombia: Santos livraria Editora; p. 12
- Martis, H. H. (2004). [hyyp://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf). Retrieved 2010, 18 Janeiro, p. 291
- Matos, A. C. (2004). *Saúde Mental* (1ª edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores; p. 43
- Matos, A. C. (2007). *Vária. Existo porque fui amado* (1ª ed.). (Climepsi, Ed.) Lisboa, Portugal: Climepsi; p. 61

- Mackinnon & Michels (2987). *A entrevista psiquiátrica – na prática clínica* (3ª ed.). (Artes Médicas) Porto Alegre, Brasil
- Lessard-Hérbert, M., Goyette G., Boutin, G., *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, 1994, Piaget, Lisboa; p.p. 48
- Osorio, L. C. (2000). *Grupos - Teorias e práticas*. (Artmed, Ed.) Porto Alegre, Brasil; p. 55
- Osorio, L. C. (2006). *Novos Paradigmas em Psicoterapia*. (C. d. Ltd, Ed.) São Paulo, Brasil; p.p. 16, 31, 47
- Pádua, E. M. (2008). *Terapia Ocupacional: Teoria e Prática*. 4ª Edição Papyrus Editora; 64, 73
- Perls, F. (1997). *Gestalt Teraoia* (2ª ed.). (S. editorial, Ed.) São Paulo; p. 58
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt-Terapia Explicada* (10ª ed.). (S. editorial, Ed.) São Paulo, Brasil; 82
- Perls. F. , R. H. (1997). *Gestalt - Terapia* (2ª edição ed.). (S. editorial, Ed.) São Paulo, Brasil; 9, 24
- Pichon-Rivière, E. (2007). *Teoria do Vínculo* (7ª ed.). (M. Fontes, Ed.) São Paulo, Brasil; p. 17
- Rey, P. C. (2003). *Os objectos flutuantes - À descoberta da relação de ajuda* (1ª ed.). (Climepsi, Ed.) Lisboa, Portugal; p.p. 26-27
- Ribeiro, J. P. (1993). *Gestalt - Terapia; O processo e o grupo*. (S. e. Ltd, Ed.) São Paulo, Brasil; p. 27
- Ribeiro, J. P. (2006). *Vade - mecum de Gestalt- terapia - conceitos básicos*. (S. Editorial, Ed.) São Paulo, Brasil; p. 85
- Rinaldo de Fernande. (2006). *Contos baseados em narrativas de Guimarães Rosas*. (I. Garamound, Ed.) Rio de janeiro, Brasil; p. 140
- Roche. (1981). *Enciclopédia Concisa de Psiquiatria*. (L. e. Roche Products, Ed.) Lisboa; 78, 282
- Rogers, C. R. (1983). *Tornar-se pessoa* (6ª ed.). Lisboa: Moraes Editora; p. 163
- Rubio, K. (2003). *Psicologia do Esporte Aplicada* (1ª ed.). (C. d. Esporte, Ed.) São Paulo; p. 45
- Spackman, W. (2005). *Terapia Ocupacional* (10ª ed.). (Panamericana, Ed.) Madrid, Espanha.
- Spackman, W. (2006). *Terapia Ocupacional* (9ª ed.). Rio de Janeiro; p.p. 10, 93, 94, 96 – 97, 125

Turato, E. R. (2005). *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferença e seus objectos de pesquisa*. Revista de Saúde Pública , p. 507 .

Ungaretti, W. N. (1998). *Empresariado e ambientalismo. Uma análise de conteúdo da Gazeta Mercantil*. (1ª ed.). (Annablume). São Paulo; p. 36

Watzlawick P. , J. H. (2001). *Pragmática da comunicação humana* (12 ed.). São paulo: Cultrix; p.p. 47, 109

Whitaker, B. &. (1990). *Dançando com a Família - Uma abordagem simbólico experimentais*. (A. médicas, Ed.) Porto Alegre, Brasil; p. p. 26, 29

Yalom, I. D. (2006). *Os desafios da Terapia: reflexões para pacientes e terapeutas*. Rio de Janeiro: Ediouro; p. 60

Zinker, J. C. (2001). *A busca da elegancia em psicoterapia*. (Summus, Ed.) São Paulo, Brasil; p.p. 87