

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE
DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Indiara Gomes de Oliveira

A RELAÇÃO TERAPEUTA-CLIENTE: NA PERSPECTIVA DO CLIENTE

Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional, Área de Especialização em Reabilitação Física, realizada sob a orientação científica de Paula Portugal, Doutora em Ciências do Desporto e docente da Área Técnico-científica de Terapia Ocupacional.

J u n h o , 2 0 1 3

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero manifestar a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, nomeadamente às instituições e aos seus respetivos terapeutas ocupacionais e clientes. Agradeço às instituições pela autorização concedida, aos terapeutas ocupacionais por todo o seu apoio e amabilidade e aos clientes pela sua disponibilidade e participação nas entrevistas.

À minha orientadora Paula Portugal, agradeço a sua preciosa orientação durante a realização de todo o trabalho.

Aos meus pais, António José de Oliveira Neto e Isabel Maria Fontes Gomes, agradeço-lhes por serem a minha fonte de inspiração, por todo o apoio e carinho que me deram e por não me deixarem desistir em momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos, Larissa Gomes Oliveira, Gabriel Fontes Gomes Oliveira, Patrick Gomes de Oliveira e Pedro de Marco Gomes Oliveira, manifesto-lhes o meu reconhecimento. São a minha “Fortaleza” para nunca desanimar, mesmo quando tudo parece contrário às nossas expectativas. Encontro neles a coragem, a esperança, a fé e o amor necessário para prosseguir de cabeça erguida, com motivação e inspiração.

Aos meus avós, Lucília Maria Branco Fontes Gonçalves Gomes e António Adelino Oliveira Gonçalves Gomes. Em especial ao meu avô, por sempre me incentivar e apoiar nas mais diversas situações. Ser-lhe-ei eternamente grata.

Ao meu namorado, José Miguel Leite Alves Guedes, agradeço-lhe por todo o incentivo, apoio, amor e companheirismo, fazendo-me acreditar que a esperança é um dom.

Às minhas amigas-irmãs, Luciana Senna e Cássia Senna, agradeço-lhes por estarem sempre ao meu lado, nos momentos mais íntimos da minha vida.

E por fim mas não menos importante, gostaria de expressar a minha total gratidão a Deus, pelo dom da vida, força, luz, amor, esperança e fé que me permitiu superar todas as dificuldades no decorrer desta caminhada, que não foram poucas e que mesmo assim, fez com que eu nunca me sentisse sozinha.

Resumo

O presente estudo resulta de uma crescente preocupação e percepção da importância da relação terapeuta-cliente e procura compreender a perspectiva do cliente e a forma como este sente e vive essa relação ao longo de todo o seu processo terapêutico.

O estudo realizado, de natureza qualitativa e de carácter exploratório, visa sobretudo analisar a influência da relação terapeuta-cliente na perspectiva do cliente, identificar e descrever os fatores que a influenciam e perceber a mais-valia desta relação ao longo do processo terapêutico. Para tal, foram entrevistadas dezanove pessoas que estão a receber tratamento de terapia ocupacional. Para a recolha dos dados foi aplicada a entrevista semi-estruturada por se pretender um contributo mais envolvente, particularizado e subjetivo dos clientes.

Através da realização do estudo e de acordo com a perspectiva dos clientes entrevistados, concluiu-se que a capacidade do terapeuta em construir e estabelecer um vínculo com o cliente ditará grande parte do sucesso ou insucesso do processo terapêutico. Porém, tão importante como formar e estabelecer um vínculo terapeuta-cliente é preciso ter a preocupação contínua de o manter sempre vivo e fortalecido. Para que tal aconteça, o terapeuta não pode menosprezar a experiência de vida e expectativas do cliente e deve assumir um papel de permanente preocupação e atenção a todas as transformações quotidianas pois estas influenciam o envolvimento do cliente nas suas atividades/ocupações e afetam a sua saúde e desempenho.

O novo milénio requer dos profissionais de saúde em geral e dos terapeutas ocupacionais em particular, novas habilidades e competências. É fundamental adquirir a consciência de que os clientes são o centro de todo o processo terapêutico. É necessário ter uma visão holística e não fragmentada do cliente. É importante interagir com os clientes e permitir uma troca de conhecimento, entre o saber do cliente e o saber do terapeuta. Essa troca gera convergências, fortalece laços e o processo terapêutico avança. Nesse relacionamento, ambos aprendem, progridem e crescem.

Palavras-chave: Relação, Vínculo, Terapeuta-cliente, Terapia Ocupacional

Abstract

This study resulted from a growing concern and awareness of the importance of the therapist-client relationship and seeks to understand the client's perspective and how it feels and lives this relationship throughout their therapeutic process.

The study was qualitative and exploratory nature, mainly aims to analyze the influence of the therapist-client relationship in the client's perspective, identify and describe the factors that influence it and realize the added value of this relationship throughout the therapeutic process. To this end, we interviewed nineteen people who are receiving treatment for occupational therapy. For the collection of data was applied semi-structured interview since we planned a contribution more engaging, individualized and subjective from clients.

Through the study and according to the perspective of the clients interviewed, it was concluded that the ability of the therapist to build and establish a bond with the client, will dictate much of the success or failure of the therapeutic process. However, as important as form and establish a therapist-client relationship must be constantly striving to keep always alive and energized. For this to happen, the therapist cannot belittle the experience of life and expectations of the customer and must assume the role of ongoing concern and attention to all the daily transformations as these influence the client's involvement in their activities/occupations and affect your health and performance.

The new millennium requires health professionals in general and occupational therapists in particular, new skills and competencies. It is essential to acquire the knowledge that clients are the center of all therapeutic process. You must have a holistic view of the client and not fragmented. It is important to interact with clients and allow an exchange of knowledge between knowledge of the client and the therapist. This exchange creates convergences, strengthens ties and therapeutic process progresses. In this relationship, both learn, prosper and grow.

Keywords: Relationship, Bond, therapist-client, Occupational Therapy

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO I – A Relação Terapeuta-Cliente na Terapia Ocupacional	6
1.1 Cliente vs. Paciente	6
1.2 Construção do Vínculo Terapêutico.....	7
1.3 Considerações sobre o Vínculo Terapêutico	12
1.4 Terapia Ocupacional	26
1.4.1 Modelo Holístico	27
1.4.2 Modelo Humanístico	27
1.4.3 Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional	28
1.5 Ética na Relação Terapeuta-Cliente	29
CAPÍTULO II – Metodologia	31
2.1 Natureza do Estudo	31
2.2 Grupo Estudado.....	31
2.3 Construção das Categorias de Análise	33
2.4 Construção do Guião de Entrevista.....	34
2.5 Condições das Entrevistas	36
2.6 Procedimentos.....	37
2.7 Tarefa Descritiva.....	40
CAPÍTULO III – Análise Interpretativa.....	41
3.1 Forma de Encarar a Doença.....	41
3.2 Impacto da Terapia Ocupacional	44
3.3 Relação Terapeuta-cliente	49
Conclusão.....	57
Referências Bibliográficas	63

Anexos	67
Anexo I.....	68
Anexo II	69
Anexo III.....	70

Índice de Tabelas

Tabela I: Caracterização dos Entrevistados.....	32
---	----

Introdução

O presente trabalho tem como âmbito a relação terapeuta-cliente, procurando compreender a perspectiva do cliente e a forma como este sente e vive essa relação ao longo de todo o seu processo terapêutico¹.

Em todo o historial da Terapia Ocupacional é reforçado e enfatizado o papel e o proveito da relação terapêutica em suas práticas. Se resgatarmos, numa perspectiva histórica, as reflexões e práticas da Terapia Ocupacional, observamos um crescente interesse na relação terapêutica. De acordo com Hagedorn (2001) as primeiras elucidações da Terapia Ocupacional, como uma atuação terapêutica, surgem nas duas primeiras décadas do século XX, com o renascimento do tratamento moral, impulsionado pela necessidade de tratamento de soldados feridos na Primeira Guerra Mundial. Desde então, os terapeutas ocupacionais preocupavam-se com atitudes de compreensão, proximidade e amizade.

Consequentemente, nos anos 90, a relação terapêutica passa para um lugar de total primazia. Horvath & Symonds (1991, citados por Hagedorn, 2007) demonstram que “a aliança terapêutica tem sido gratificante, associada aos resultados, não apenas entre um grande número de investigadores mas também em tipos diferentes de psicoterapia” (p.133). Com o decorrer do tempo, tornou-se clara uma mudança na forma como a relação terapêutica era vista e valorizada pela Terapia Ocupacional.

Progressivamente, as reflexões e práticas terapêuticas ampliaram-se significativamente, passando-se a considerar de grande relevância a relação terapeuta-cliente no processo terapêutico.

Atualmente defende-se na Terapia Ocupacional que a relação terapeuta-cliente é particular, individual e única. Tal como Castro (2007) descreve “o trabalho terapêutico ocupacional oferece uma oportunidade ímpar para que esse processo ocorra, experiências vinculares anteriores do cliente poderão ser dinamizadas pela presença e pelas intervenções

¹ Processo Terapêutico é uma descrição da forma pela qual os praticantes de Terapia Ocupacional operacionalizam a sua especialidade em fornecer serviços aos seus clientes. O processo inclui avaliação, intervenção e monitorização do resultado (Hagedorn, 2001).

do terapeuta². A observação atenta, a experiência do olhar, o olhar o rosto, o contato, a escuta, complementada com atenção, acolhimento e presença, configuram campos de ações entre cliente e terapeutas” (p. 30).

Seguindo a linha de pensamento de Rogers (2010) uma relação terapêutica pode acontecer se o profissional assumir junto dos seus clientes, uma atitude de profundo respeito, de aceitação e total confiança nas potencialidades do cliente a fim de este resolver os seus próprios problemas. Se essas atitudes forem adotadas de forma afetiva e empática junto do cliente, se atingir um nível de comunicação onde o cliente consegue perceber que o profissional aceita e compreende os seus sentimentos, nesse momento, segundo Rogers, podemos assegurar que o processo terapêutico se iniciou.

Tendo em conta os vários modelos e pensamentos que fundamentam as práticas de Terapia Ocupacional, para o nosso estudo, elegemos o Modelo Holístico, Modelo Humanístico Rogeriano, Modelo da Ocupação Humana e o Modelo Canadense do Desempenho Ocupacional, visto que se enquadram e embasam a nossa investigação. No entanto, não serão desconsideradas outras correntes de pensamento que fundamentem diferentes pensamentos, reflexões e conclusões, tendo em conta que estas são opções individuais de como cada pessoa e cada terapeuta se identificam, tanto nos seus valores subjetivos como também objetivos.

O terapeuta deve sentir-se confortável com o tipo de abordagem que usa, tal como Zinker (2001) indica: “uma teoria é boa se capacitar o profissional 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” (p. 87).

De salutar ainda, que estar no lugar do terapeuta não implica estar desprovido das suas características individuais. Chamone Jorge (1999) descreve que “o encontro terapeuta-cliente implica um homem que é cliente, um outro que é o terapeuta, quando um é o necessitado de ajuda e o outro é o ajudador, e quando a recuperação da saúde e prevenção da doença depende da capacitação quanto do desejo de ambos” (p. 1). Dado que o encontro terapêutico é uma relação homem-homem e a simples presença de um altera o comportamento do outro, podemos definir a relação terapêutica como sendo um encontro

² Neste trabalho, o termo terapeuta é comumente usado para fazer referência ao terapeuta ocupacional.

que busca reabilitar o homem, quando este assim o desejar, primeiro para si e depois para a sociedade.

Na mesma linha de pensamento, Hagedorn (2007) indica-nos que o terapeuta ocupacional, o cliente e as atividades, numa interação, formam a relação terapêutica no processo terapêutico, tomando lugar de supremacia no contexto da Terapia Ocupacional. “Em Terapia Ocupacional, a relação é normalmente uma parceria entre o profissional e o indivíduo, desenvolve-se gradualmente quando esse indivíduo procura a assistência do profissional para promover a exploração conjunta de algum problema que esteja afetando a sua vida” (p. 133).

Ainda segundo o autor, essa interação favorece um clima de colaboração e de proximidade mútua, permitindo ainda ao profissional entender as experiências e os desejos dos seus clientes. Essa abordagem colaborativa, que é usada ao longo do processo, honra a contribuição do cliente e dos profissionais da Terapia Ocupacional. Clientes trazem o conhecimento a partir da sua experiência de vida e assumindo as suas esperanças e sonhos para o futuro. Eles identificam e partilham as suas necessidades e prioridades. Os terapeutas trazem o seu conhecimento sobre como o envolvimento em ocupações afeta a saúde e o desempenho.

O presente trabalho é portanto, consequência de uma motivação pessoal e profissional sobre a temática da relação terapeuta-cliente, procurando compreender a perspectiva do cliente a respeito dessa relação e qual o seu impacto no processo terapêutico.

Essa motivação é resultado do percurso académico aliado à experiência profissional até ao momento adquirida em Terapia Ocupacional. No decorrer da licenciatura e do mestrado, a frequência de algumas disciplinas e a realização de estágios curriculares em algumas instituições de saúde possibilitaram o contacto direto com clientes e, desde aí, surgiu o desígnio de perceber as suas reais necessidades, expectativas e o quão importante é para eles a relação que estabelecem com os seus terapeutas ocupacionais. Antes de dar início ao trabalho, subsiste a convicção pessoal que a relação estabelecida entre o terapeuta e o cliente é muito importante para o tratamento, no entanto, pretende-se também conhecer a posição e convicção dos clientes quanto às variáveis que influenciam o bom

relacionamento e convivência com os seus terapeutas e que poderão ditar o êxito do processo terapêutico.

As raízes e todo o trajeto da Terapia Ocupacional manifestam uma contínua preocupação e percepção da importância da relação terapeuta-cliente para o desenvolvimento do processo terapêutico. Todavia, apesar de existirem diversos trabalhos de investigação a respeito do papel do terapeuta nessa relação, não tem sido tão abordado e estudado como o cliente sente e vive a relação terapêutica.

Um estudo de pesquisa qualitativa realizado no Brasil (Renovato & Dantas, 2005) que tem como foco o cliente e a forma como ele vê, percebe, sente e reage em relação à sua doença, ao seu tratamento e à sua relação terapêutica com o farmacêutico, indica-nos que não se deve desprezar os saberes do cliente, pois este carrega consigo todo um conjunto de crenças e convicções que devem ser considerados no momento de interagir com esse ser humano. Na prática de saúde, o cliente é o centro do processo de cuidar. O mesmo deve ser visto como um todo e não fragmentado. A construção de uma relação terapêutica só se concretizará, se o profissional de saúde e o cliente interagirem, permitindo uma troca de conhecimento, entre o saber do cliente e o saber do profissional de saúde. Esta troca gera convergências, fortalece laços e o processo terapêutico avança. Nesse relacionamento, ambos aprendem e crescem.

Num outro estudo, realizado em Espanha, os investigadores Vidal, Adamuz & Feliu (2009) indicam-nos que a comunicação verbal é muito importante, uma vez que permite esclarecer as ideias que o cliente tenta transmitir. Porém, a capacidade do profissional de saúde em traduzir a linguagem e a expressão não-verbal do seu cliente são igualmente importantes pois permitem compreender e decifrar o que não foi dito por este. O profissional de saúde deve manifestar ainda outras aptidões como auto-conhecimento, observação, assertividade, empatia, respeito, observação, escuta ativa e percepção dos seus poderes e limitações. Todas estas aptidões são essenciais e necessárias para um relacionamento e comunicação eficaz com o cliente.

Portanto, ao compreender a natureza desse encontro, passamos a perceber e identificar os vários fatores que influenciam esse encontro. Os novos tempos requerem dos profissionais novas capacidades e competências. É fundamental adquirir a consciência de

que os clientes procuram nos profissionais de saúde em geral e nos terapeutas ocupacionais em particular, outras aptidões para além do seu conhecimento teórico.

As barreiras do processo terapêutico são eliminadas através de uma melhor compreensão do mundo dos clientes. “Quem reabilita o corpo, simultânea e concomitantemente reabilita a alma, já que continente e conteúdo fazem um só ser, um é a forma do outro” (Chamone, 1999, p. 9).

Com este estudo procuram-se atingir os seguintes objectivos:

- i. Analisar a influência da relação terapeuta-cliente na perspectiva do cliente no decorrer do processo terapêutico;
- ii. Identificar e descrever os fatores que influenciam a relação terapeuta-cliente;
- iii. Compreender como os clientes sentem e vivem a relação com os seus terapeutas ocupacionais ao longo do seu tratamento.

CAPÍTULO I – A Relação Terapeuta-Cliente na Terapia Ocupacional

1.1 Cliente vs. Paciente

Esta secção pretende elucidar a razão que resulta de ao longo do trabalho usar-se o termo cliente ao invés de paciente, apesar de este último ser comumente utilizado pelos profissionais de saúde em geral para designar a pessoa ao qual prestam cuidados.

O paciente é definido pela maioria dos dicionários, por ser alguém que revela paciência, que possui uma doença ou dor e por isso está sob cuidados médicos.

Na realidade, este paciente é o cliente, mas que infelizmente, muitas vezes é conotado como alguém que apresenta fragilidade, passividade e é capaz de suportar os males ou incómodos com resignação. E é precisamente esta percepção errada do paciente que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico (Soar, 1994).

Todavia, o Portal de Saúde do Brasil faz menção ao porquê da substituição do conceito paciente por cliente - e muito bem o fundamenta: “Se, nos serviços de saúde, paciente é aquele que sofre - conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos” (SUS³, 2008, p.69).

Esta substituição do conceito comum de paciente por cliente aproxima-se mais da realidade e revela-se mais adequado ainda por que cliente é entendido como alguém que – por motivo ou interesse próprio, tem opção de escolher entre um produto/serviço ou outro. Hoje, o profissional de qualquer sector seja ele da área da saúde ou não, tem de ter a percepção clara que os seus clientes estão ficando cada vez mais impacientes e isto se aplica ao “paciente”, que é um cliente que está se tornando cada vez mais exigente. Há alguns anos, na área da saúde, quem ditava as regras eram os profissionais, mas agora as regras mudaram e os poderes de escolha e decisão estão nas mãos do cliente (Dall'Agnol, 2002).

³ Sistema Único de Saúde – é a denominação do sistema público de saúde brasileiro, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

O cliente está cada vez mais bem informado, assume um papel muito mais ativo. O cliente pode escolher com facilidade entre um ou outro profissional que o atenda melhor. O então paciente, que é na realidade cliente, possui um enorme poder em suas mãos e pode migrar com facilidade para o seu concorrente (Gonçalves, 2009).

Transportando este conceito de cliente para a área de Terapia Ocupacional, depreende-se facilmente que o cliente não depende exclusivamente do terapeuta. Este último é que depende exclusivamente dos seus clientes. Tal como Barbosa (2012) salienta, o cliente não interrompe o trabalho do profissional, ele é o propósito do seu trabalho. O cliente não é uma parte descartável, é um ser humano com sentimentos e que precisa ser tratado com todo o respeito. O cliente merece toda a atenção e cortesia possível. Ele é a razão do trabalho do profissional, e portanto, é preciso encarar o cliente dessa forma.

Os profissionais de saúde devem ter a preocupação de conhecer as reais necessidades e desejos dos seus clientes, saber o que realmente querem e não tentar “empurrar” algo que pensam que irá satisfazer as suas necessidades. Estes só conhecerão quais são as verdadeiras necessidades e desejos dos seus clientes quando os conhecerem melhor, quando perguntarem o que realmente lhes interessa. E é neste sentido que Tickle-Degnen (2005) salienta que é muito importante que o terapeuta crie uma relação com o seu cliente. Essa relação deverá ser criada através do estabelecimento de um vínculo sólido entre o terapeuta e o cliente ao longo de todo o tratamento e isso ditará grande parte do sucesso ou o insucesso do mesmo.

1.2 Construção do Vínculo Terapêutico

De acordo com Cunha, Silva, Goldfeder & Levisky (2009) a palavra vínculo advém do latim *vinculum* (atar) e significa união de uma pessoa ou coisa com outra, pressupondo uma certa durabilidade, como uma ligação entre o “eu” e o outro.

Zygouris (2002) acrescenta que o tecido do vínculo é real entre dois organismos humanos. Trata-se, antes de tudo, de uma característica da espécie humana, uma realidade feita de emoções com origem inconsciente e consciente. O que faz o vínculo entre dois ou mais seres humanos são os alicerces de uma presença que se une e se liga ao outro. Além disso, o autor complementa que o vínculo se dá entre a singularidade de dois sujeitos. A aceitação do vínculo é fundamental para constituir uma relação social íntima nas nossas

sociedades atuais. O vínculo também se materializa através da voz, pois quem está em contacto com o outro comunica-se por meio de palavras, ressaltando que nesse processo os sustentos das palavras fortalecem o vínculo.

Peloquin (2002) enfatiza que o contacto entre as pessoas pode aceder à palavra mas não depende apenas da troca verbal. É preciso estar junto para interiorizar cada desejo e expectativas de cada indivíduo.

Para Castro (2007) o contacto entre dois seres humanos é uma experiência forte que definirá o mundo imediato no qual esse contacto se estabelece. É assim que cada um se defronta com o outro, o vínculo com alguém é imprescindível para o acontecer humano. O outro interage, responde ou não às ações, e por sua vez, provoca respostas.

O ser humano caracteriza-se pela sua multiplicidade e múltiplos também são os vínculos que se estabelecem, modificando-o ao longo da sua vida. Desde o nascimento, o ser humano se relaciona. “Como humanos, as pessoas são seres falantes; pela fala constroem o mundo com suas relações. Por isso, o ser humano é, na essência, alguém de relações ilimitadas” (Boff, 1999, p. 139). Dessa forma, as interações entre os indivíduos e as interações entre o indivíduo e o meio constituem a relação humana.

De acordo com Cunha *et al.* (2009) existem diferentes tipos de vínculos: familiar, mãe-filho, pai-filho, profissional da saúde-cliente, entre outros.

A família exerce um papel fundamental na formação do vínculo, no qual reflete não só no aumento do interesse pela família, como também oferece um momento ímpar para articular o indivíduo no seu contexto pessoal e coletivo.

Segundo Oliveira (2002), a capacidade de vínculo emocional entre a mãe e a criança é um fator primordial no estabelecimento de uma relação afetiva estável que proporcionará as condições necessárias para o desenvolvimento físico, emocional e social do bebê. No recém-nascido, a necessidade de cuidados é indispensável para a sobrevivência. O relacionamento mãe-bebê com qualidade, embasado no vínculo afetivo, possibilita que a criança relacione-se melhor com as outras crianças e adultos; que se torne independente, adaptável, desenvolvendo a sua auto-estima. O autor refere ainda que a mãe que estabelece um vínculo afetivo com o seu bebê nos primeiros dias de vida poderá ajudar a prevenir problemas posteriores, tais como abuso ou negligência.

O vínculo do pai, como o da mãe, parece depender do desenvolvimento da mutualidade. Para Zornig (2010) o envolvimento paterno após o nascimento do bebê tem recebido a atenção de vários estudos, ressaltando que a formação do vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança. Observa-se uma grande influência desse vínculo para o desenvolvimento psicológico da criança.

Numa possível articulação, tem-se que a relação mãe-bebê, pai-bebê e os vínculos entre profissional de saúde-cliente se diferem quanto à sua duração. O vínculo mãe-bebê e pai-bebê estendem-se por toda a vida dos parceiros, ou por uma boa parte dela. No caso da relação terapêutica, a sua duração é delimitada, controlada e com limites definidos. O profissional de saúde não está apenas interagindo com o cliente, ele está atento aos fenômenos, observando e explicitando o que está acontecendo no campo relacional. “A relação terapêutica representa um tipo de relação social que difere de todas aquelas que o cliente até então experimentou” (Rogers, 1997, p. 86).

Num ponto em que se equivalem, as relações mãe-bebê e pai-bebê formam-se a partir da disponibilidade do adulto para com determinada criança e a relação terapêutica forma-se a partir da disponibilidade do profissional de saúde para com o cliente.

A explanação sobre a formação dos primeiros vínculos é indispensável pois a partir das primeiras vivências constroem-se as bases necessárias para as demais relações que serão estabelecidas ao longo da vida do indivíduo, seja no campo pessoal, profissional ou social. No que concerne às práticas de saúde o vínculo terapêutico acontece a todo o momento.

Silva (2005) relata que só é possível humanizar um atendimento entre o enfermeiro e o cliente partindo da nossa própria humanização. Os enfermeiros não podem humanizar o atendimento do cliente antes de aprenderem a serem mais íntegros consigo próprios. O encontro com o cliente nunca é neutro. O enfermeiro deve reconhecer que a sua presença é tão importante quanto o procedimento técnico que realiza durante os atendimentos.

Dessa forma é necessário o acolhimento e suas implicações vinculares juntamente com o saber clínico. É importante ter em consideração a valorização do cliente pois o mesmo busca um trabalho clínico centrado em si e uma solução para os seus problemas. Waldow (1999) advoga que “uma relação interpessoal é irrepetível, construída de atitudes

humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencial criativo” (p. 111).

Outros estudos têm confirmado que uma melhor relação médico-cliente interfere no sucesso do tratamento, como é salientado por Dixon & Seweeny (2000, citados por Caprara & Rodrigues, 2004) “a importância da relação terapêutica explica porque a adesão ao processo terapêutico depende mais do médico do que das características pessoais do cliente” (p.6).

Cunha *et al.* (2009) indicam que se observa uma necessidade crescente em se valorizar nas práticas de saúde atendimentos humanizados. Salientam também que quando o profissional de saúde opta pelo trabalho vincular, em qualquer das suas configurações, precisa reconhecer e discriminar claramente a natureza dos vínculos apresentados.

Pichon-Rivière (2007) em sua teoria realça, conforme já estudado, que o vínculo caracteriza-se como elemento importante para o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, que precisam trabalhar a relação com o cliente, para que o foco do serviço não se detenha na doença e na mecanização do atendimento. As técnicas utilizadas nas práticas de saúde limitam-se por vezes a aparelhos modernos e perde-se a noção humanizadora que já nasce com o profissional, como a escuta, a atenção e o cuidado que promovem a aproximação entre o profissional e os clientes e auxiliam no processo de diagnóstico, de tratamento e/ou da cura. O mundo dos clientes pode e deve intervir nos modos de ação do profissional, para que possam impor novas lógicas nas práticas de saúde e fazer do ato de cuidar, uma ação coletiva voltada para a defesa da vida, sendo esta individual e/ou coletiva.

A todo o momento, o vínculo está sendo estabelecido pela totalidade de cada pessoa, promovendo constantemente um processo de evolução.

Boff (1999) chama nossa atenção para a importância do cuidado nas práticas de saúde, aludindo-nos para o “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato” (p. 91). Estes e outros comportamentos são de grande importância para o estabelecimento de um vínculo com o outro. “O facto de carregarmos sempre uma sombra de descuido, não invalida a permanente busca do cuidado essencial” (p. 160). O surgimento do cuidado se dá através da importância que o outro tem para si. Na qual, um indivíduo

passa a dedicar-se ao outro, a dispor-se a participar na sua vida. Esta característica é inerente ao ser humano.

Na mesma linha de pensamento, Zygouris (2002) menciona que sem cuidado não somos humanos e que é pelo cuidado que podemos compreender o ser humano. O indivíduo é estudado como parte integrante de um grupo e é considerado pela teoria do vínculo como uma resultante do inter-jogo estabelecido entre o sujeito e os objetos externos e internos, numa relação dialética que se expressa através da conduta.

Acrescenta Chamone (1999) que um vínculo pode ser definido como um relacionamento específico, único entre duas pessoas, que pode durar ao longo do tempo ou não permanecer. Embora seja difícil definir esse relacionamento duradouro ou não, tomamos como indicadores dessas ligações humanas várias tipos de sentimentos e comportamentos, como olhar, atenção, abraço, empatia, simpatia e segurança interna e externa.

Castro (2007) salienta que o carácter de um sujeito torna-se mais compreensível à medida que se descobrem as suas expectativas. Isso leva-nos a tomar como material de trabalho e observação permanente a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada momento, que chamamos de vínculo.

O indivíduo está em permanente interação e conseqüentemente modificação. É preciso considerar este sujeito e o seu meio para que se possa explicar aquilo que acontece com ele.

Complementa Pichón-Rivière (2007) que a relação terapêutica constrói-se através da partilha, da troca, do diálogo entre as partes envolvidas, possibilitando a criação do vínculo. A terapia proporciona um leque de sensações e emoções dentro de um espaço relacional específico. O vínculo propicia um ambiente favorável para enfrentar as muitas adversidades, para suportar níveis altos de angústia e falta de sentido, constituindo-se como um dos elementos básicos do processo terapêutico.

Peloquin (2002) salienta que a valorização da qualidade do vínculo terapeuta-cliente é um importante passo para o processo terapêutico. Em especial na Terapia Ocupacional, pela própria filosofia de atendimento deve-se ter o cuidado de refletir

constantemente a condução da assistência, evitando uma padronização ou mecanização do atendimento.

O terapeuta ocupacional tem a tarefa de facilitar processos e expressões, buscando designações internas e particulares do cliente que atende.

Para Castro (2007) os objetivos dos atendimentos de Terapia Ocupacional relacionam-se à construção de projetos singulares no campo da acção humana, podendo variar no decorrer da realização dos atendimentos e serão também acordados mutuamente a cada etapa do processo terapêutico. O autor defende que a relação terapeuta-cliente acontece num campo de complexidades no qual questões relacionadas ao sofrimento humano exigem estudos e conhecimentos interdisciplinares técnico-científicos, antropológicos, psicológicos, sociais e políticos da atuação do terapeuta ocupacional e de nela operar com uma compreensão do ser humano ser capaz de atravessar as fronteiras do pensamento e das acções e de construir novos lugares para a vida que se processa, para o inusitado das demandas que se constelam nos encontros.

Tickle-Degnen (2005) ressalta que o terapeuta ocupacional precisa discriminar as sutilezas do vínculo, visto que, a cada momento do vínculo há questões diferentes a serem desenvolvidas, salientando isto como um aspeto capital para o sucesso do tratamento.

1.3 Considerações sobre o Vínculo Terapêutico

Considerando que nas relações humanas o vínculo é constantemente estabelecido com os diferentes sujeitos que fazem parte do contexto de cada pessoa, este subcapítulo descreverá como alguns autores explicam a formação do vínculo terapêutico. É importante conhecer e analisar diferentes perspectivas sobre este tema dado que os profissionais que atuam nos diversos ramos da saúde podem estabelecer diferentes tipos de vínculos terapêuticos.

Segundo Castro (2007) o vínculo com alguém é imprescindível para o ser humano, uma vez que, não existe formação de relacionamentos sem o estabelecimento de um vínculo.

Discutir a formação do vínculo terapêutico é bastante complexo e subjetivo, pois vários fatores, bem como os diferentes contextos vivenciados podem influenciar

diretamente nessa formação e principalmente na qualidade do vínculo a ser estabelecido. Ressalta-se que tão importante como a formação do vínculo é a manutenção do mesmo.

Nesta perspectiva, Tickle-Degnen (2005) refere o vínculo como o processo que necessita de elementos primordiais, entre eles, cita-se a capacidade de escutar. Saber escutar, mais do que saber falar é o grande segredo da comunicação terapeuta-cliente. Um terapeuta ocupacional atento e interessado cativa o cliente, na medida em que lhe dá a importância que deseja. Desse modo, abre caminhos para ser também escutado e respeitado.

Estanqueiro (2008) acrescenta que a arte de escutar é difícil, porque não se resume ao ato externo apenas de ouvir. A escuta exige disponibilidade, interesse pelo cliente, compreensão da mensagem e espírito crítico. Sobressai ainda que a capacidade de concentração e a atenção ao outro é essencial. Quem fala, tem o direito de se expressar livremente, com as suas palavras e os seus silêncios. Também ressalta que a disponibilidade é ser capaz de escutar até ao fim, sem interromper o cliente, criando uma oportunidade de conhecimento sobre as necessidades do cliente, levando em consideração que quem interage com o cliente deve ter consciência que existe um limite quanto à disponibilidade para saber pontuar, direcionar a conversa e ter autodomínio durante esse diálogo.

Vidal, Adamuz & Feliu (2009) defende que um dos segredos para conquistar um cliente é incentivá-lo a falar de si mesmo ou dos assuntos da sua preferência e escutá-lo com atenção. Todos os clientes apreciam a oportunidade de falar das suas motivações ou dos seus problemas e desejam ser verdadeiramente escutados.

De acordo com Peloquin (2002) escutar com interesse implica olhar o cliente de frente, ou seja, olhos nos olhos, evitando qualquer distração com outras atividades que possam desviar a atenção seletiva. Um sorriso, um gesto, um aceno de cabeça, uma pergunta positiva ou uma intervenção oportuna podem estimular a comunicação e criar uma relação terapeuta-cliente mais profunda.

Enquanto clientes, os mesmos não esperam dos profissionais de saúde somente soluções para seus problemas de saúde, mas também buscam receptividade e acolhimento. De acordo com Boff (1999) "o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao

lado das outras. É um modo de ser, isto é, é a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros" (p. 92).

Consequentemente, Estanqueiro (2008) descreve que uma das competências essenciais do ser humano é saber interpretar corretamente a mensagem que lhe é transmitida. Essa comunicação é bidirecional e muitas vezes é apelidada de comunicação "face a face". Deve-se prestar atenção não só na linguagem verbal, mas também na não-verbal. As palavras, por si só, não exprimem com exatidão as ideias e muito menos as emoções. Os clientes revelam as suas motivações mais profundas e as suas emoções, através da linguagem do corpo. Muitas vezes, a postura corporal, as expressões faciais, os gestos, o olhar, o sorriso, a respiração e os silêncios têm mais impacto que as palavras.

Tal como Adams (1999) sustenta, as expressões do rosto transmitem mensagens espontâneas, por vezes inconscientes, que indicam o que o cliente não consegue dizer ou se esforça para esconder. Tais expressões podem revelar sentimentos como, alegria ou tristeza, confiança ou insegurança, calma ou impaciência, humildade ou arrogância, delicadeza ou agressividade.

Dentro da mesma perspectiva, Tickle-Degnen (2005) salienta que, além da importância da linguagem corporal do cliente, vale ressaltar que a postura assumida pelo terapeuta, seu comportamento verbal e não-verbal, também deverá ser considerado para a formação e permanência do vínculo. A combinação dos comportamentos verbal e não-verbal que os terapeutas adotam para expressar seus sentimentos e atitudes para o cliente, pode tocar profundamente o mesmo. Qualquer cliente, mesmo em silêncio, comunica com o corpo, sobretudo com as mãos e o rosto.

Nesse sentido, Freud (1975, citado por Estanqueiro, 2008) alude que aquele que tem olhos para ver e ouvidos para ouvir convence-se que os mortais não podem esconder segredo algum. Como os problemas de interpretação, também os problemas de expressão podem interferir no desenvolvimento do vínculo. Complementa Campos (1997) que a expressividade, de uma maneira geral, reflete a forma particular de experienciar e demonstrar os sentimentos e sensações de alegria, tristeza, prazer, dor, luto, entre tantas outras, segundo as mais diversas situações e circunstâncias a que estejam sujeitos os indivíduos em seu cotidiano. Ao expressá-la, o indivíduo reflete o dizível do indizível, o permissível do não-permissível de acordo com os valores implícitos e intrínsecos

cultivados pelo grupo social do qual faz parte. A expressão é, portanto, uma forma de linguagem e como tal, dirigida a alguém, veiculando significados e sentimentos, variáveis em função da cultura onde o indivíduo se acha inserido.

Adicionalmente, Caprara & Rodrigues (2004) declaram que é papel do profissional de saúde perceber e compreender as diferentes visões de doença e saúde, bem como o referencial de doença que cada sujeito constrói ao longo de sua história pessoal e coletiva. Essa percepção está diretamente relacionada à capacidade de escutar, aptidão essa que potencia a compreensão da história de vida do cliente e conseqüentemente os conceitos por ele concebidos.

De acordo com Chamone (1999) o terapeuta deve mostrar compreensão e também espírito crítico. Deve confrontar aquilo que escuta com o que pensa e sabe. Além disso, terá de ter cuidado com precipitações, concordar ou discordar e aceitar ou rejeitar as ideias dos clientes.

Para Peloquin (2002) “em todos os contactos com o cliente, o terapeuta deve esforçar-se para manter o tom de voz agradável e bem modulado” (p. 97). Na comunicação interpessoal, as palavras não são neutras. Há palavras boas e más. Uma promovem o diálogo, outras semeiam a discórdia. Uma dão prazer, outras provocam sofrimento. Daí a importância do terapeuta ponderar o que fala e o modo como fala, tendo a convicção que a linguagem oral terá influência direta no processo terapêutico.

Continuamente, Estanqueiro (2008) certifica que a arte de falar implica três qualidades essenciais: clareza, convicção e sentido de oportunidade. O comunicador deve preocupar-se em pensar, antes de falar; depois de saber exatamente o que quer dizer, escolher palavras simples e claras para transmitir ao seu cliente as suas ideias e pensamentos. O autor complementa que “ninguém falaria tanto na presença dos outros, se soubesse quantas vezes é mal interpretado” (p. 88).

Sabe-se que muitas vezes não basta falar a mesma língua para garantir a sintonia entre quem fala e quem escuta. Quem fala, tem que ter cuidado com a forma de falar e voz propriamente dita, pois nem sempre consegue exprimir com exatidão, o que pensa ou sente. Quem escuta, por mais esforço que faça, nem sempre interpreta bem aquilo que se diz.

Peloquin (2002) destaca que o terapeuta deve levar em consideração que a sua autoconfiança e convicção naquilo que diz, vai influenciar na formação do vínculo terapêutico. O cuidado com expressões duvidosas requer uma constante vigilância do terapeuta nessa relação.

De acordo com Estanqueiro (2008) existem alguns fatores que podem dar mais força às palavras e cativar a atenção de seus clientes, entre eles: contato visual, volume de voz moderado, tom calmo e firme, ritmo de fala animado, gestos descontraídos, pausas expressivas e olhar sorridente. Estes fatores simples, desde que usados com naturalidade, de acordo com o contexto dessa relação, podem tornar as mensagens mais recetivas.

Tickle-Degnen (2005) acrescenta que o terapeuta deverá preocupar-se com a discrição e buscar o momento adequado para transmitir as mensagens necessárias devendo considerar o momento, o local, o interesse e escolhas de cada cliente. Alguns fatores são importantes nessa relação, tais como, o respeito, a autonomia, a linguagem verbal e não-verbal bem como o diálogo, já citado anteriormente. Tais fatores se inter-relacionam para construção do vínculo terapêutico.

Sobre a autonomia do vínculo terapêutico estabelecido entre profissional de saúde e o cliente, Clotet afirma (1993) que “o princípio da autonomia, designação mais comum pela qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se auto-governem ou sejam autônomas, quer na sua escolha, quer nos seus atos” (p. 15). O princípio da autonomia quer que o profissional de saúde respeite a vontade do cliente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças. Reconhece o domínio do cliente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade. Limita, portanto, a intromissão dos outros indivíduos no mundo da pessoa que esteja em tratamento.

Consequentemente, Peloquin (2002) afirma que no que diz respeito à linguagem corporal o terapeuta deverá ficar atento aos sinais do cliente ao longo do tratamento, se há compreensão ou dúvida, agrado ou desagrado, acordo ou desacordo, interesse ou aborrecimento. Com base nesses sinais, é possível ajustar a relação terapeuta-cliente, avançar, travar ou mudar de direção a comunicação entre ambos.

Para tal, Estanqueiro (2008) menciona que existem perguntas para todos os gostos. As perguntas podem ser claras ou ambíguas, humildes ou pretensiosas, simples ou complicadas, discretas ou indiscretas, legítimas ou abusivas. Importa cuidar o que se

pergunta e o modo de perguntar. É sinal de sabedoria fazer perguntas certas, nos momentos oportunos e quanto mais adequadas forem as perguntas melhores serão as respostas dos clientes.

Para Tickle-Degnen (2005) o diálogo é uma partilha de ideias e sentimentos entre duas ou mais pessoas. Implica escutar e falar, com respeito por si próprio e pelos outros. Após a interpretação precisa da mensagem, o próximo passo do terapeuta na comunicação será expressar os seus pensamentos de forma clara. O diálogo autêntico dá bons frutos, promove a confiança mútua, gera entendimentos, humaniza as divergências, permite negociar acordos. Surge deste modo, como a estratégia ideal para resolver conflitos, desenvolver orientações e explicações adequadas às necessidades do cliente e aproximar essa relação terapeuta-cliente.

De acordo com Estanqueiro (2008) existem três exigências fundamentais do diálogo autêntico que se constrói na relação de comunicação bidirecional: valorização dos pontos de acordo, respeito pelo cliente e abertura de espírito. O autor afirma que o diálogo começa quando escutamos o cliente com atenção, para compreender profundamente o que eles pensam e desejam. O objetivo é descobrir e valorizar todos os pontos. Só num clima de cooperação será possível construir pontes e negociar acordos nessa relação.

Logo, percebe-se a importância de um cliente que dá atenção e concentração ao seu terapeuta e a necessidade deste último estar sempre atento ao cliente para receber e dar informações a seu respeito. Portanto, torna-se indispensável esta via dupla. De salientar ainda, que a atenção afeta a capacidade de concentração. Complementa Crepeau *et al.* (2005, citado por Tickle-Degnen, 2005) que a atenção a um cliente requer mais do que conduzir uma avaliação padronizada e de cuidado físico. É necessário, ouvir cuidadosamente o que o cliente tem a dizer sobre a sua vida, doença e experiência de intervenção. Acrescenta Tickle-Degnen (2005) sem esse tipo de atenção o terapeuta pode aplicar uma intervenção de livro de receitas culinárias, que não se aplica às necessidades individuais do cliente. Na base do diálogo, está a tolerância, o respeito pelo direito à diferença de opinião. Dialogar significa propor ideias, sem forçar os outros a aceitá-las. As ideias podem ser discutidas, os comportamentos podem ser questionados na relação terapeuta-cliente, mas todas as pessoas são dignas de respeito.

No entender de Estanqueiro (2008) nesse processo, a motivação humana é fundamental para dar continuidade a esse vínculo pois um sorriso caloroso ou um cumprimento acolhedor abrem as portas ao bom relacionamento entre os intervenientes.

Adicionalmente, Peloquin (2002) defende que para uma relação mais profunda torna-se indispensável conhecer as motivações humanas, isto é, as forças que ativam, mantêm e dirigem o comportamento. O sucesso na relação terapeuta-cliente depende muito da capacidade de dar atenção, em cada momento, às necessidades concretas do cliente.

Waldow (1999 citado por Rogers, 2010) declara ainda que as necessidades que cada pessoa procura para satisfazer as motivações mais básicas são: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de afeto, de estima e de auto-realização.

Para Castro (2007) as necessidades de segurança provêm naturalmente da convivência, da colaboração e da solidariedade entre os indivíduos. Mas o medo e a insegurança podem conduzir também essa relação. O ser humano tem a necessidade de criar e manter relacionamentos de apreço e compreensão com outras pessoas e na relação terapeuta-cliente torna-se indispensável essa conduta. Uma das mais profundas características da natureza humana são a sede de estima e apreço.

A satisfação da necessidade de estima reforça os sentimentos de auto-estima e auto-confiança, tornam-se indispensáveis para a relação terapeuta-cliente.

Waslow (1999) refere como necessidade de auto-realização aquilo que uma pessoa é capaz de ser e precisa ser. Afirma que o ser humano precisa de ser coerente com a sua natureza dentro do seu contexto físico, mental e social. No momento em que o profissional de saúde toma consciência do cliente como um ser biopsicossocial, o mesmo consegue elaborar um plano de tratamento capaz de desenvolver as suas potencialidades, enfrentar os desafios e superar os limites do seu cliente.

Na mesma perspectiva, Savoine (2009) afirma que auto-confiança do cliente é um sinal de auto-estima e também a base da motivação humana; é uma atitude que exerce influência positiva no desenvolvimento do cliente e na relação com o terapeuta. O grau de sucesso do cliente no tratamento é proporcional à força com que acredita em si próprio e nas suas capacidades.

Acrescenta ainda Estanqueiro (2008) que para construir ou reforçar a auto-confiança existem três processos complementares: desenvolvimento de competência comunicativa, pensamento positivo e elogios sinceros.

Para Fabbro (2007) o cliente necessita de informações sobre as alternativas terapêuticas agrupadas com as suas probabilidades de sucesso e riscos, possibilidades de sequelas ou de complicações que poderão ocorrer durante o seu tratamento. Tal posicionamento possibilita ao cliente a compreensão da forma de como será realizado o seu processo terapêutico, por exemplo, permitindo através da sua total consciência, a realização ou não do procedimento necessário à formulação do diagnóstico para a realização/experimentação da terapia indicada.

Não basta apenas ser competente para o cliente sentir a auto-confiança. O importante é cultivar pensamentos positivos que combatam a insegurança.

Tickle-Degnen (2005) realça que pensamentos e sentimentos estão interligados. Os pensamentos positivos são fontes de energia e estão na base dos sentimentos de bem-estar. Os clientes merecem elogios quando conseguem resultados positivos em tarefas difíceis ou quando fazem um bom esforço de acordo com a sua limitação momentânea. Há momentos em que os clientes precisam de apoio e encorajamento. Um elogio oportuno reforça a auto-estima e a auto-confiança dos clientes inseguros ou fragilizados. Por vezes, basta um gesto, um olhar ou um sorriso do terapeuta para manifestar o apreço na relação.

No entender de Peloquin (2002) o cliente é um ser humano com toda a sua problemática exacerbada pela doença e o terapeuta precisa estar consciente de que o cliente não busca somente tratamento mas procura apoio e compreensão. Nesse contexto, além das relações, o espaço, local ou ambiente também deve ser considerado.

Consequentemente, Chamone (1999) descreve que *setting* é o meio que a profundidade da relação terapeuta-cliente se fará. Assim torna-se necessário descrever a importância do ambiente de segurança, como também a participação necessária do cliente no processo de reabilitação para o seu crescimento interno. Podemos distinguir dois tipos: a segurança externa e a segurança interna.

Na sua linha de pensamento, Castro (2007) refere que a segurança externa diz respeito ao sigilo profissional que protege o cliente contra censuras, críticas ou represálias.

O sigilo, na verdade, é a questão mais elementar da ética profissional e da civilidade; é o mínimo que se deve ao outro, cliente ou não. O sigilo implica uma conduta prático-moral e uma postura teórico-moral ou ética. E ainda afirma que a conduta prático-moral diz respeito à necessidade de o indivíduo pautar o seu comportamento por normas que julgue mais apropriadas ou mais dignas de serem cumpridas. Neste caso, dizemos que o homem age moralmente e que, neste seu comportamento, se evidenciam vários traços característicos que o diferem de outras formas de conduta humana. Já a postura teórico-moral ou ética refere-se à investigação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens e da moral, considerando, porém, na sua totalidade e variedade. Isto significa que o sigilo profissional precisa ser discutido tanto na dimensão temporal da relação terapeuta-cliente, quanto elaborado na dimensão atemporal da existência humana.

Tal como Zimerman (1999) indica, a segurança externa do cliente está relacionada à forma como o profissional resolve a necessidade de proteger contra críticas e represálias os segredos que lhe são confiados pelo mesmo. A segurança externa do cliente é decorrente da postura do profissional frente à sua própria vida e da sua habilidade em conduzir, sem nenhum julgamento moral ou de valor o encontro com o cliente.

O que interessa ao cliente é que seu terapeuta respeite a sua individualidade, não tente remodelá-lo segundo seus ideais (os do terapeuta). Importa ao cliente um terapeuta altamente interessado e compreensivo, que esteja em busca daquela objetividade que revela a realidade física e psíquica com um mínimo de distorção.

Chamone (1999) ressalta que, por outro lado, a segurança interna refere-se ao estado psíquico propiciador de tranquilidade emocional e diz respeito ao cliente. Essa tranquilidade não é decorrente simplesmente da confiança que o cliente possa depositar no seu terapeuta e nem é consequência do desejo deste. Ela, na verdade, é a capacidade que o cliente pode adquirir no sentido de superar a vergonha e o incômodo que sente ao se revelar necessitado de ajuda.

Autores como Rogers & Kinget (1997, citados por Chamone 1999) referem que “o cliente, após a instalação de sua patologia física ou mental, começa por acreditar-se incapaz de julgar ou realizar coisas. O comportamento do terapeuta, ao estimulá-lo a diminuir suas preocupações, centra em si, profissional, em lugar dele, cliente, a capacidade

de resolver problemas, de tomar decisões” (p. 19). A isso os autores pesquisados chamam de “convite à dependência”, e as implicações deste comportamento podem, de fato, chegar a despojar o cliente da aptidão mesma para a segurança e para a confiança em si.

Vale ressaltar a influência que o tipo de vínculo terapêutico estabelecido exerce no cliente e o que nele desencadeia, quando nos referimos à empatia e simpatia.

Segundo Castro (2007) a empatia ajuda o cliente a ver onde está para compreender onde quer e precisa chegar. Além disso, ela permite ao terapeuta um contato maior com o mundo subjetivo-experiencial do cliente e ainda dá oportunidade a este último de se sentir recebido e compreendido pelo terapeuta. Logo, estabelecida essa fase de compreensão, torna-se mais fácil para o cliente se entregar à relação, contribuir a participar na sua reabilitação.

Para Rogers (1997, citado por Peloquin, 2002) empatia "significa entrar no mundo privado do outro e sentir-se totalmente à vontade nele. Envolve ser sensível, momento a momento, à mudança dos significados que flui nesta outra pessoa, ao medo ou fúria ou ternura ou confusão ou o que quer que ela esteja sentindo. Significa viver temporariamente em sua vida, deslocando-se nela delicadamente sem fazer julgamento, enquanto olha de forma nova e sem medo para os elementos que a pessoa teme” (p. 94). De certa forma, significa que você coloca a si próprio de lado e isso só pode ser feito por uma pessoa suficientemente segura de si mesma que saiba que não ficará perdida no que pode ser o mundo estranho do outro.

Ser empático é diferente de ser simpático. A simpatia refere-se essencialmente às emoções; seu campo é mais reduzido que o da empatia, a qual se refere à compreensão dos aspectos tanto cognitivos quanto emocionais da experiência do outro. De forma mais simples, pode-se definir a simpatia como sendo uma “inclinação recíproca entre duas pessoas” (Holanda 1999, citado por Chamone, 1999, p.31).

A segurança do cliente não decorre do desejo do terapeuta mas é consequência da sua postura e de como ele comunica corporal e verbalmente ao cliente.

Segundo Egan (1986, citado por Peloquin, 2002) a empatia também estimula o respeito às diferenças. O autor explica ainda que a empatia é uma forma de ver os outros

para apreciar suas visões do mundo. Estar presente para outros é tomar uma posição na qual se partilha experiências. Esta posição é adequadamente denominada compreensão.

De acordo com Castro (2007) como toda a relação humana, a relação terapeuta-cliente propicia aos seus participantes uma gama de pensamentos, fantasias e sentimentos (conscientes e inconscientes). A relação terapêutica é um veículo pelo qual se processam a transferência e contratransferência de características pessoais de cada cliente e terapeuta, das reedições de vivências passadas que ambos trazem para a situação presente e da interação desses elementos com relação à atual, única e particular que ambos estabelecem entre si.

A transferência não é um fenômeno produzido apenas na relação terapeuta-cliente; ela surge espontaneamente em todas as relações humanas.

Chamone (1999) relata que a transferência ocorre nas relações terapêuticas de forma natural, conseqüentemente, é um mecanismo de re-experiência do já vivido, usado na relação com o terapeuta e que tende a desaparecer à medida que o cliente se consciencializa, a partir da interpretação ou da reflexão, mediante a forma que usa de responder ao terapeuta como se ele fosse outra pessoa que não ele próprio.

Zimerman (1999) indica que o “conjunto de todas as formas pelos quais o cliente vivencia com a pessoa do psicanalista, na experiência emocional da relação analítica, todas as "representações" que ele tem de seu próprio *self*, as "relações objetais" que habitam o seu psiquismo e os conteúdos psíquicos que estão organizados como "fantasias inconscientes", com as respectivas distorções perceptivas (p. 331). De modo a permitir interpretações do psicanalista, as quais possibilitem a integração do presente com o passado, o imaginário com o real, o inconsciente com o consciente.

Castro (2007) menciona que a transferência pode ser descrita como simplicidade, como a experiência emocional que não amadureceu e, em geral, é atuada ou reprimida, como uma presença ilusória. No processo terapêutico, partilhado pelo terapeuta e pelo cliente, a transferência pode evoluir para uma relação real, ganhando a capacidade de simbolizar e elaborar. Nesse sentido, a transferência não é vista como uma mera repetição do passado, mas também como incessante busca de um novo objeto que possa auxiliar no desenvolvimento do eu – *self*.

O processo terapêutico deve transcorrer de forma a favorecer mudanças vitais no núcleo interior do cliente, segundo os movimentos psíquicos apresentados por ele no decorrer dos atendimentos que se manifestam nessa relação terapeuta-cliente.

De acordo com Freud (1910, citado por Cordioli, 1998) o termo contratransferência surgiu em analogia ao conceito de transferência e se refere às respostas psicológicas do terapeuta ao cliente, vistas por ele como resultantes de conflitos neuróticos a serem superados.

Freud (1945, citado por Chamone, 1999) caracterizou a influência do cliente sobre os sentimentos do terapeuta, no qual chamou de contratransferência. O desconhecimento deste intercâmbio entre o cliente e o seu terapeuta impedirá o primeiro de obter tudo o que precisa e pode, porque o segundo estará comprometido com os seus próprios complexos internos.

Para Castro (2007) a contratransferência é a resposta emocional do analista aos estímulos que provêm do cliente. Esta, é o resultado da influência do analisando sobre o inconsciente do analista. A contratransferência é inevitável, mas deve permanecer sob controle na relação terapêutica. O essencial é que o terapeuta observe as suas vivências e contratransferências e as analise para compreender mais amplamente o seu cliente.

Numa outra perspectiva, Tickle-Degnen (2005) menciona a importância da atmosfera de calor para a formação dessa relação entre terapeuta-cliente. Para consegui-la, o terapeuta precisará desenvolver habilidades e competências para conduzir o atendimento de forma eficaz, respeitando sempre as potencialidades e limitações do cliente. Assim, o mesmo proporcionará a maturação do vínculo, aspecto esse fundamental para o sucesso do tratamento.

Chamone (1999) afirma que o terapeuta conduzirá essa experimentação, não crendo que seja fácil descrevê-la, mas, se a relação terapêutica, em que pese as suas regras e normas, for antes uma relação humana, a sua condução depende mais das características pessoais, traços da personalidade, postura e atitude do terapeuta que só do seu conhecimento prévio das regras teóricas e condutas técnicas, depende mais de sua permissão para o cliente experimentar que só do conhecimento dos objetivos cinestésicos dos exercícios motores e ocupacionais que essa relação se firmará. A atmosfera de calor decorre da disponibilidade afetiva do terapeuta, antes mesmo do seu desejo, buscando

durante esse processo terapêutico conhecer a necessidade de cada cliente, assim como saber o quanto o mesmo teme.

Peloquin (2002) ressalta que o calor e a reciprocidade não significam por si só amizade, nem paternalismo, mas talvez sejam uma qualidade de bondade, de respeito, de responsabilidade e, evidentemente, de interesse. Essas qualidades devem ser implícitas no comportamento do profissional, podendo contribuir para o progresso do mesmo.

Adicionalmente, Chamone (1999) caracteriza ainda alguns elementos que compõem a dimensão desse encontro terapêutico mas serão aventados outros elementos que influenciam de forma direta na estrutura desse encontro, em duas etapas, a saber: a etapa responsiva, que diz respeito ao terapeuta e corresponde à fase inicial do tratamento, e pode ser definida como aquela etapa que o terapeuta responde ao cliente no mesmo nível que este estiver se expressando, sem qualquer acréscimo por parte do terapeuta. Acrescenta, que na etapa responsiva, dois aspectos do comportamento do terapeuta serão salientados: sua capacidade de atender e de responder.

Castro (2007) menciona que atender é a habilidade que o terapeuta tem ou desenvolve no sentido de ser capaz de comunicar de forma não-verbal e de forma clara sua disponibilidade e interesse pelo cliente, ouvindo-o com atenção, de maneira silenciosa, preparando para ele um ambiente seguro e adequado para as ações que ali se desenvolverão, oferecendo ajuda corporal quando for o caso, olhando-o frente a frente, chamando-o pelo nome, colocando-se de prontidão, de maneira discreta para atendê-lo, observando com persistência e afabilidade o seu comportamento quanto aos seus interesses, sentimentos, carências e desejos.

O autor Tickle-Degnen (2005) complementa que responder é a habilidade que tem ou desenvolve o terapeuta de ser capaz de comunicar verbalmente e de forma clara, compreendendo o que o cliente lhe falou, podendo responder não só ao motivo que o levou a procurar ajuda mas também ao sentimento do mesmo em prol de saber como e porque é que o cliente está se sentindo daquela maneira, explicando isto para o mesmo, ou seja, corresponde ao somatório de sentimentos anteriores que são expressos neste momento.

Chamone (1999) fala sobre a segunda etapa de iniciativa, ressaltando que deve dizer respeito ao cliente a sua conduta frente às responsabilidades e planos de vida mas se isto é difícil para alcançar sozinho, então o terapeuta se reserva no papel de ajudar de

maneira direta. Nesta etapa destacam-se duas habilidades: personalizar e orientar. O autor afirma que personalizar, a rigor, diz respeito à postura do cliente frente à parcela de sua responsabilidade no que está vivendo, diz respeito ao momento em que ele identifica o seu próprio papel dentro da sua vida. Mais exatamente, quando abre mão do papel de vítima e passa a ser o responsável. Entretanto, é possível que não consiga fazer isto sozinho. Então, o terapeuta reserva para si o papel de juntar para o cliente as partes do que lhe foi comunicado por ele, fazendo assim, um todo compreensível. Nesse instante, é dado ao profissional a oportunidade de acrescentar à sua fala, a sua percepção acerca do que o cliente está vivendo.

Na mesma linha de pensamento Peloquin (2002) afirma que a conduta de orientar, a rigor, deve ser da responsabilidade do cliente, mas se este apresenta alguma dificuldade objetiva para tal, é dado ao terapeuta o papel de orientá-lo. Esse papel pressupõe que o terapeuta elabore com o seu cliente o plano deste e nunca decida por ele. A responsabilidade é observada desde as sessões e momentos diretos com o terapeuta durante os atendimentos.

Consequentemente, Castro (2007) relata que *holding* (sustentação) são todos os fatores de continuidade que o ambiente favorece a uma pessoa, bem como experiências de constância física e psíquica que se forme, exercidas continuamente que podem possibilitar uma integração interna que permitirá a compreensão dos acontecimentos vividos. Enquanto a continência é a capacidade do terapeuta de transformar pela imaginação as experiências do sujeito. Esta consiste na habilidade de nomear ou encontrar imagens para experiências e sentimentos que o habitem, mas cujas formas de expressão não são encontradas.

No decorrer do processo de vinculação, as funções de *holding* e continência são importantes funções de amparo e de sustentação exercidas pelos terapeutas que se referem ao apoio por meio de uma presença, de uma aproximação, de uma sustentação física e emocional que uma relação vincular oferece.

Para terminar, Tickle-Degnen (2005) afirma que o reconhecimento de muitos fatores, que não a doença, influenciam a saúde, é um passo importante em direção à compreensão da importância do vínculo no processo terapêutico.

1.4 Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional é relativamente recente, com aproximadamente 40 anos de reconhecimento enquanto área profissional de nível superior. Nesse sentido, considerou-se relevante apresentar sucintamente algumas definições e modelos utilizados para fundamentar o nosso estudo e podermos abordar a ética na relação terapeuta-cliente no contexto da Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional atua na saúde humana, em geral, e no desempenho prático ou ocupacional em particular.

De acordo com Caniglia (2005) o Terapeuta Ocupacional é um profissional dotado de formação nas Áreas de Saúde. Sua intervenção compreende avaliar o cliente, buscando identificar alterações nas suas funções práticas, considerando sua faixa etária e/ou desenvolvimento da sua formação pessoal, familiar e social. A base de suas ações compreende abordagens e/ou referencial pessoal, familiar, coletivo e social, coordenadas de acordo com o processo terapêutico implementado. O terapeuta ocupacional compreende a Atividade Humana com um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de auto manutenção, e o Homem, como um ser prático, interferindo no cotidiano do indivíduo comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Sumsion (2003) são encaminhadas para Terapia Ocupacional pessoas com necessidades ou desejos de novos projetos de vida, inabilidades ou dificuldades práticas, limitações físicas, deficiências sensoriais, distúrbios afetivos, doenças psicossomáticas, doenças terminais, dependências químicas, tédio, estresse, angústia, depressão, doenças ou sintomas recorrentes, afastamento do trabalho, insatisfação com a rotina ou ocupacional e longo período de hospitalização.

Os Terapeutas Ocupacionais utilizam abordagens técnicas diferentes, dependendo da especialidade, do local de trabalho e das próprias experiências.

Segundo Hagedorn (2001) o processo de Terapia Ocupacional é o nome dado à sequência de ações empreendidas pelo terapeuta para tratar um cliente. Geralmente, existe uma concordância quanto ao formato básico que envolve colher informações sobre um cliente, sua situação e seus problemas, avaliar informações, definir medidas da terapia,

estabelecer prioridades para a ação, escolher uma ação necessária, implementá-la e avaliar os resultados.

A interação é facilitada através da consideração desses componentes, no qual complementa Wfot (1994, citado por Hagedorn, 2001) “o Terapeuta Ocupacional avalia as funções físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, identifica as áreas de disfunção e o envolve em um programa de atividades, estruturado de forma a superar sua incapacidade. As atividades escolhidas serão correlacionadas às necessidades pessoais, sociais, culturais e econômicas do cliente, refletindo os fatores ambientais que influenciam sua vida” (p. 15).

Essa prática baseia-se nos modelos teóricos, cientificamente construídos e comprovados ao longo da história da profissão. Os modelos contêm premissas e conceitos que dão base e orientação para a utilização na clínica e na pesquisa.

Caniglia (2005) classificou os modelos teóricos em cinco grupos: profissional, sanitaria, históricos, filosóficos e metodológicos. Para a compreensão do nosso estudo é relevante ressaltar sobretudo o modelo histórico holístico, o modelo metodológico humanístico Rogeriano e o modelo de Desempenho Ocupacional.

1.4.1 Modelo Holístico

Este modelo segundo Caniglia (2005) pertence à categoria de modelos históricos, que são caracterizados pela época de surgimento no contexto histórico da profissão. Os modelos históricos são classificados em tratamento moral, ocupacional, científico e holístico. Entre eles destaca-se o holístico. O modelo holístico é conhecido como modelo sistêmico e de tendência atual. Caracteriza-se por dar foco ao ser biopsicossocial e à saúde global. A abordagem é sintética, eclética e circular. Busca articular o disciplinar no multi e transdisciplinar e atuar em redes.

1.4.2 Modelo Humanístico

Rogers (1997, citado por Caniglia, 2005) desenvolveu a Terapia Ocupacional centrada no cliente, um ramo da abordagem humanística existencial. Além das premissas de autoconsciência, liberdade e responsabilidade, Rogers enfatizou a importância da empatia na relação terapeuta-cliente. Atitudes por parte do terapeuta como autenticidade, cordialidade, respeito, aceitação, compreensão e empatia são capazes de construir as

condições necessárias para a ocorrência da eficácia terapêutica. O terapeuta usa a si mesmo como instrumento de mudança. O objetivo é proporcionar um clima capaz de ajudar o indivíduo a se tornar uma pessoa plena.

O modelo humanístico preconiza que o terapeuta utilize diversas atitudes humanas para que o cliente sinta-se acolhido, motivando assim o estabelecimento do vínculo terapêutico.

1.4.3 Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional

De acordo com Hagedorn (2001) os terapeutas estão numa posição invejável por terem o seu próprio modelo no qual baseiam as intervenções no cliente. De acordo com Magalhães O modelo de Desempenho Ocupacional foi desenvolvido em conjunto pela Força Tarefa Canadense, Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais e o Departamento Nacional de Saúde e Bem-Estar do Canadá.

Reed & Sanderson (1980, citado por Sumsion, 2003) aponta três áreas de desempenho ocupacional de uma pessoa e que são o foco na intervenção da Terapia Ocupacional. Estas áreas são: autocuidado, produtividade e lazer. Os componentes do desempenho de um indivíduo são exibidos a nível espiritual, sociocultural e mental. O autor indica ainda inúmeros ambientes que condicionam ou influenciam o desempenho ocupacional de uma pessoa. Entre eles, destaca os ambientes sociais, físicos, culturais, políticos e económicos. Os componentes do desempenho são os que fazem uma pessoa ser única, o que deve ser considerado quando se discute as áreas de desempenho ocupacional.

A essência do funcionamento saudável de uma pessoa é a integração equilibrada desses quatro componentes de desempenho para fornecer um significado de bem-estar físico, mental, espiritual e sociocultural. Tal como Law (1990 citado por Hagedorn, 2001) resume, que os fundamentos conceituais do modelo canadense através de alguns pontos de vista da Terapia Ocupacional são “ que o cliente, individualmente, é uma parte essencial da prática da Terapia Ocupacional e que o cliente deve ser tratado de maneira holística” (p. 165).

1.4.4 Modelo da Ocupação Humana

Este modelo, segundo Kielhofner (2002) sustenta que as atividades são motivadas, organizadas e desempenhadas tendo por base as propriedades dos sistemas humanos. Além disso, o modelo aponta para a importância do efeito do ambiente sobre o indivíduo. Considerando o indivíduo como um sistema aberto que evolui e sofre diferentes formas de crescimento, desenvolvimento e mudança através da interação progressiva com o ambiente externo.

Na mesma linha de pensamento, Hagedorn (2001) complementa que em Terapia Ocupacional a ocupação terapêutica é um meio utilizado com o propósito de “influenciar positivamente a sensação de bem-estar da pessoa e, assim, o seu estado de saúde” (p. 162).

1.5 Ética na Relação Terapeuta-Cliente

O autor Correia (1996) alude para a importância de assegurar uma relação terapeuta-cliente tendo por base questões humanas na sua dimensão ética. Em todas as situações partilhadas entre o profissional e o cliente, a adoção e construção de uma postura ética deverá ocorrer sempre.

Na mesma linha de pensamento, Castro (2007) corrobora com a ideia de que a ética atravessará a relação terapeuta-cliente ao longo de toda a sua ocorrência. As condutas éticas são criadas tendo por base as relações entre pessoas, com o objetivo de nunca degradar a vida e a condição humana das mesmas.

Escrever sobre condutas éticas na relação terapeuta-cliente pressupõe uma preocupação contínua nas ações desempenhadas diariamente. Hoje, mais do que nunca, a atitude dos profissionais em relação às questões éticas pode ser a diferença entre o sucesso e o fracasso. Basta um deslize, um descuido e a imagem do profissional fica diante de todos, manchada a vermelho (Jacomino, 2000).

De acordo com a American Occupational Therapy Association (1994, citado por Tickle-Degnen, 2005) o Código de Ética da Terapia Ocupacional resume os elementos éticos principais do relacionamento terapêutico, sendo que o código consiste em seis princípios, dos quais abordaremos dois, por serem fundamentais para o nosso estudo, no sentido de serem importantes para todo o desenrolar do relacionamento terapêutico.

Para Tickle-Degnen (2005) o primeiro princípio preconiza que o profissional de Terapia Ocupacional deverá demonstrar preocupação com o bem-estar dos recetores de seus serviços. Dois elementos deste princípio são de grande relevância nesse processo: prestar serviços de maneira imparcial a todos os indivíduos: tomar preocupações razoáveis para não prejudicar o cliente.

O mesmo autor ressalta que embora não haja uma obrigação ética para ter empatia pelos clientes, o imperativo de não prejudicar sugere que o terapeuta deverá empregar todos os esforços para criar condições ótimas de intervenção para o cliente. Ressalta também que os terapeutas em qualquer circunstância devem explorar o cliente em termos sexuais, físicos, emocionais, financeiros, sociais ou de qualquer outra forma. A mutualidade de sentimentos e comportamentos oferecem um momento ímpar para o desenvolvimento do vínculo terapêutico, porém as expectativas dos benefícios não são recíprocas.

No que diz respeito ao segundo princípio, Tickle-Degnen (2005) refere que o terapeuta ocupacional deverá respeitar os direitos dos recetores dos seus serviços. Defende que um elemento do segundo princípio ético é a autonomia do cliente. O respeito pela autonomia pressupõe que os clientes desenvolvam atividades ou ocupações com a melhor da sua capacidade na determinação dos objetivos e prioridades durante a intervenção. Esse padrão é tanto ético como consistente com a natureza do vínculo terapêutico. Os outros elementos desse princípio são a privacidade e a confidencialidade. O autor defende que durante uma intervenção terapêutica o cliente pode falar ao terapeuta a respeito dos seus problemas particulares e confidenciais, contudo, é papel do terapeuta resguardar o sigilo profissional.

CAPÍTULO II – Metodologia

2.1 Natureza do Estudo

O presente estudo é de natureza qualitativa e de carácter exploratório e foi projetado para verificar de que forma a relação terapeuta-cliente influencia no processo terapêutico, a partir da perspectiva de clientes com tratamento de Terapia Ocupacional em curso.

Turato (2003) afirma que as pesquisas qualitativas ocupam-se com os processos, isto é, querem saber como os fenómenos ocorrem naturalmente e como são as relações estabelecidas entre esses fenómenos. “A curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera” (p. 262). O autor afirma ainda que através desse método, procura-se entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Complementa Godoy (1995), indicando que a pesquisa qualitativa “busca compreender os significados que as pessoas constroem sobre o seu mundo e as experiências nelas vividas, tendo o pesquisador como principal instrumento de obtenção e análise de dados” (p. 29).

Na mesma linha de pensamento, os autores Carmo & Ferreira (1998) defendem que os métodos qualitativos são humanísticos, dado que os investigadores estudam os sujeitos de uma forma qualitativa, tentando conhecê-los como pessoas e analisando o que eles experimentam na sua vida diária. Porém, isso não reduz a palavra e os atos a equações estatísticas, tendo em conta que o objetivo passa por recolher informações relativas à relação terapeuta-cliente dentro da perspectiva do cliente. Desta forma, uma vez que se pretende compreender aprofundadamente esta relação, considerou-se este método como o mais adequado para o presente estudo.

2.2 Grupo Estudado

O grupo estudado é constituído por 19 indivíduos, dos quais 14 são homens e 5 são mulheres. Os indivíduos são provenientes de uma de duas instituições que concederam autorização para a realização de entrevistas a alguns dos seus clientes a receber tratamento de Terapia Ocupacional.

As duas instituições em causa são a Casa Ozanam⁴ e um centro de saúde cuja menção do nome não foi concedida, preferindo associar-se e contribuir com o presente trabalho em regime de anonimato. Além da impossibilidade de referenciar o nome do centro de saúde, a direção desta instituição impôs que a recolha de dados só pudesse ser feita por transcrição textual direta, inviabilizando a gravação em áudio das entrevistas.

Na seleção da amostra não foram impostas, por nenhuma das instituições, quaisquer restrições ao nível do sexo, idade ou estado civil, no entanto, definiu-se como critério de inclusão, a obrigatoriedade dos entrevistados estarem atualmente a receberem cuidados/tratamento de Terapia Ocupacional para que as respostas recolhidas reflitam uma realidade atual e não ultrapassada. Além disso, foram estabelecidos alguns critérios de exclusão, que invalidaram a seleção de indivíduos com falhas de memória, dificuldades de expressão verbal (incapacidade de comunicar de forma compreensível e de exprimir as suas ideias) ou possuidores de alguma doença ou limitação mental que torne volátil a sua personalidade, humor ou coloque em causa a credibilidade do seu discurso.

A tabela que se segue pretende caracterizar o grupo estudado, tendo por base o sexo, a idade, o estado civil, a situação atual de empregabilidade e o tempo de tratamento de Terapia Ocupacional de cada um dos Entrevistados (Ent.).

Tabela I: Caracterização dos Entrevistados

<i>Ent.</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade (anos)</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Situação atual</i>	<i>Tempo de tratamento de Terapia Ocupacional (valor aproximado)</i>
1	Masculino	67	Casado	Reformado	5 anos
2	Feminino	68	Casada	Reformada	6 meses
3	Feminino	59	Divorciada	Reformada (por invalidez)	5 anos
4	Masculino	59	Casado	Reformado (por invalidez)	4 anos
5	Masculino	60	Casado	Reformado (por invalidez)	1 ano
6	Feminino	57	Casada	Desempregada	2 anos
7	Masculino	50	Casado	Reformado (por invalidez)	18 meses

⁴ A Casa Ozanam/Associação das Obras Sociais de S.Vicente de Paulo, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, pertencente à Sociedade de S. Vicente de Paulo. Foi inaugurada a 2 de Julho de 2006 com o objectivo de ajudar as famílias mais carenciadas.

8	Masculino	59	Casado	Reformado (por invalidez)	4 anos
9	Masculino	18	Solteiro	Estudante	18 meses
10	Masculino	69	Casado	Reformado (por invalidez)	7 anos
11	Masculino	30	Solteiro	Empregado (Técnico de Ciclismo)	3 anos
12	Masculino	48	Solteiro	Reformado (por invalidez)	3 anos
13	Masculino	38	Solteiro	Reformado (por invalidez)	6 meses
14	Masculino	28	Solteiro	Reformado (por invalidez)	5 anos
15	Masculino	47	Solteiro	Reformado (por invalidez)	5 anos
16	Masculino	38	Solteiro	Reformado (por invalidez)	3 anos
17	Masculino	57	Casado	Reformado (por invalidez)	5 anos
18	Feminino	47	Divorciada	Empregada (Secretária)	18 meses
19	Feminino	50	Solteiro	Reformado (por invalidez)	1 ano

De referir que os entrevistados são todos de nacionalidade portuguesa, 74% do sexo masculino e a restante percentagem do sexo feminino, a maioria reformados por invalidez, com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos, sendo a média de cerca de 49,95 anos de idade. Todos eles participaram por livre iniciativa, concordância e conhecedores do âmbito da sua participação.

2.3 Construção das Categorias de Análise

A construção das categorias de análise é um importante alicerce da nossa investigação, sendo relevante referir e descrever quais foram as bases de construção das categorias.

Bardin (1979) afirma que a categorização “é uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento por género, com os critérios previamente definidos” (p. 117). O autor sustenta, que a partir do momento em que a análise do conteúdo decide codificar o material, deve-se produzir um sistema de categorias, tornando-se assim o estudo mais produtivo e organizado.

De acordo com os autores Carmo & Ferreira (1998) a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. No nosso trabalho optou-se pela categorização *a priori*, uma vez que põe ênfase maior na fundamentação teórica que orienta o projeto. Os autores apelam ainda à nossa atenção, alertando que a categorização *a priori* deve ser feita com especial cuidado, tendo em conta os objetivos da investigação e uma análise rigorosa sobre a temática em estudo.

A construção das categorias teve por base as características defendidas por Bardin (1979), cujo autor salienta que a escolha da técnica de análise de conteúdo deve ser feita tendo em atenção certas regras, tais como: a exaustão mútua, em que refere que cada elemento só pode pertencer a uma categoria; a homogeneidade, em que defende que as categorias devem basear-se num mesmo princípio de classificação; a pertinência, quando uma categoria está adaptada ao material de análise escolhido e quando pertence ao quadro teórico definido; a objetividade e a fidelidade, indicando-nos que as diferentes partes de um mesmo material ao qual se aplica a mesma grelha devem ser codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises; e por fim a produtividade, defendendo que um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados férteis, “férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos” (p.121).

Nesse sentido, depois de consumada a revisão bibliográfica sobre o tema em estudo e tendo em consideração os objetivos inicialmente definidos, foram determinadas três categorias: Forma de Encarar a Doença; Impacto da Terapia Ocupacional e Relação Terapeuta-Cliente.

2.4 Construção do Guião de Entrevista

A construção do guião da entrevista resultou de uma vasta pesquisa bibliográfica, quer sobre o tema em estudo, quer sobre a metodologia a utilizar. O guião foi construído após a definição das categorias de análise.

Segundo Lessard, Goyette & Boutin (1990) a entrevista é um método de recolha de dados, no qual de acordo com as múltiplas situações em que podem ocorrer, assumem diversos formatos de modo a se adaptarem convenientemente às contingências do ambiente e aos objetivos que o investigador se propõe atingir.

Ludke & André (1987) salientam que os instrumentos de pesquisa, em geral, estabelecem uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado. Na entrevista, a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde.

Na mesma linha de pensamento, Arnoldi & Rosa (2008) afirmam que a entrevista semi-estruturada caracteriza-se por ser uma entrevista de carácter aberto que tem em conta os assuntos a serem tratados e não uma entrevista previamente preparada para se responder a um conjunto previamente ordenado e circunscrito de questões. Deve-se ter em atenção que os tópicos da temática a tratar, na entrevista, “conversa”, vão de encontro aos objetivos do estudo em questão.

O conteúdo do guião de entrevista deverá ser profundo e dar oportunidade à subjetividade, levando a um relacionamento recíproco e de confidencialidade. Por isso, não tem um formato de entrevista tradicional, 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 deve também possibilitar a reflexão sobre a temática em causa. Ressaltando ainda, que o sistema de perguntas deve ser extremamente bem organizado e configura-se de forma lógica para quem a ele responde (Carmo & Ferreira, 1998; Bardin, 1979).

Dentro deste contexto usou-se a entrevista semi-estruturada pois considerou-se a mais adequada ao estudo realizado, uma vez que, é um meio que permite e potencia a exploração de um campo de estudo novo. “Ela vai permitir referenciar e classificar os problemas, os sistemas de valores, os comportamentos, os estados emocionais das pessoas”. (Pourtois & Desmet, 1988, citados por Lessard, Goyette & Boutin, 1990, p.163).

A entrevista semi-estruturada aplicada “baseia-se no método terapêutico centrado no cliente”, tal como preconizado por Carl Rogers (1984, citado por Lessard, Goyette & Boutin, 1990, p.163). O guião da entrevista elaborado foi orientado para obter informação, visando circunscrever a percepção e o ponto de vista de um cliente sobre determinado assunto ou situação.

A construção do guião da entrevista foi um processo iterativo, sendo que algumas iterações envolveram a análise e considerações de um painel de peritos⁵. Numa das últimas iterações foi aplicado o guião da entrevista a uma pessoa admissível ao universo em estudo, contudo não foi incluída no grupo estudado. As respostas dadas foram textualmente e integralmente transcritas e analisadas logo a seguir. Depois da análise, foram feitos pequenos ajustes ao guião da entrevista, chegando-se à sua versão final, a qual apresenta-se a seguir:

i. Categoria Forma de Encarar a Doença:

Qual o significado de saúde para si? Qual o significado de doença para si? Com que profissionais lidou durante o seu tratamento? Como foi a relação com cada um deles? Como foi tratado? O que isso lhe transmitiu?

ii. Categoria Impacto da Terapia Ocupacional:

Que proveito colheu da sua relação com o terapeuta ocupacional? Além de todos os procedimentos técnicos, a relação que estabeleceu com o terapeuta ocupacional influencia de alguma forma o seu tratamento? Qual o impacto na sua vida depois de iniciar os atendimentos de Terapia Ocupacional? Como classificaria a importância do Terapeuta Ocupacional na sua vida?

iii. Categoria Relação Terapeuta-cliente:

Como descreveria a palavra vínculo? No seu ponto de vista, existe uma relação entre si e o Terapeuta Ocupacional? Qual o impacto da relação terapeuta-cliente na sua vida? O que considera uma boa relação terapeuta-cliente para si?

2.5 Condições das Entrevistas

Todos os entrevistados tiveram conhecimento prévio do propósito e condições da entrevista e assinaram um termo de consentimento em que formalmente aceitavam a sua participação na entrevista.

O termo de consentimento apresentado aos clientes divergiu tendo por base a instituição ao qual estavam associados. Dada a imposição colocada pelo centro de saúde,

⁵ O painel de peritos foi constituído pelas terapeutas ocupacionais: Paula Portugal (orientadora do trabalho), Helena Sousa e Ângela Fernandes.

que impedia a gravação das entrevistas em formato áudio, o termo de consentimento apresentado aos clientes desta instituição (ver anexo III) solicitava a sua autorização para a transcrição das suas respostas em papel. Para os clientes da Casa Ozanam foi solicitada autorização (ver anexo II) para que a entrevista pudesse ser gravada em formato áudio.

Antes de dar início a cada uma das entrevistas era assegurado ao cliente entrevistado o seu anonimato e era indicado que as suas respostas seriam apenas alvo de estudo sem qualquer consequência ou impacto negativo para ele.

As entrevistas realizaram-se nas instituições, numa sala disponibilizada para o efeito. Em ambas as instituições a sala apresentava boas condições sem a presença de qualquer ruído ou perturbação exterior.

De valorizar a atitude da generalidade dos entrevistados ao longo da entrevista, mostrando-se disponíveis, colaborativos e acessíveis.

No decorrer das entrevistas houve a necessidade de reformular algumas questões para que fossem mais facilmente assimiladas pelos entrevistados. Além disso, houve sempre a preocupação de manter o carácter aberto das questões, de forma a obter testemunhos mais ponderados e fidedignos da realidade.

Para finalizar, interessa referir que a duração média das entrevistas com gravação áudio foi de aproximadamente 9 minutos, sendo que a entrevista mais rápida durou cerca de 6 minutos e a mais extensa 13 minutos. Já no que toca às entrevistas onde foi feita a transcrição das respostas diretamente para papel (sem gravação áudio), a mais rápida teve uma duração de aproximadamente 15 minutos e a mais extensa durou cerca de 27 minutos. A duração média destas entrevistas foi de 22 minutos.

2.6 Procedimentos

O processo que tinha como propósito a realização de entrevistas a clientes de instituições que prestam cuidados/tratamento de Terapia Ocupacional a fim de dar resposta aos objetivos do trabalho constituiu-se de várias etapas.

A primeira incidiu numa minuciosa revisão bibliográfica que contribuiu para um conhecimento mais profundo do tema em estudo e para a eleição da metodologia mais adequada ao presente trabalho.

Seguiu-se o procedimento de categorização, isto é, a determinação das categorias de análise. Consumada a categorização, passou-se para a construção do guião da entrevista, etapa essa que envolveu a colaboração de um painel de peritos e a aplicação de uma entrevista de teste com o propósito de validar o guião. As respostas obtidas na entrevista de teste foram transcritas em papel, na sua íntegra, e analisadas logo a seguir. Depois da análise, foram feitos pequenos reparos ao guião da entrevista, chegando-se à sua versão final. Consumado o guião, seguiu-se a etapa de seleção das instituições onde as entrevistas seriam realizadas. Porém, obter a autorização para a realização das entrevistas junto das instituições foi um processo difícil e moroso pois era necessário assegurar que o código ético e deontológico das instituições não seria violado, que a dinâmica de funcionamento, sobretudo, das unidades de Terapia Ocupacional não seria afetada e que os clientes tivessem a predisposição para participarem nas entrevistas.

O pedido de autorização numa primeira instância foi feito por escrito (ver anexo I) e posteriormente celebrado por contato direto com os responsáveis das instituições. As duas instituições que aceitaram participar neste estudo foram a Casa Ozanam e um centro de saúde que solicitou o anonimato e colocou algumas restrições na recolha dos dados, nomeadamente a não gravação das entrevistas em formato áudio.

De referir que juntamente com o pedido de autorização, foi apresentado o âmbito, os objetivos do trabalho e o teor das entrevistas aos responsáveis das instituições e aos terapeutas ocupacionais envolvidos, sendo também dissecadas algumas dúvidas e preocupações levantadas por estes. Cessada essa etapa, acordaram-se as datas e selecionaram-se os participantes para a realização das entrevistas. Os participantes foram selecionados mediante os critérios de inclusão e exclusão previamente estipulados.

Seguiu-se a realização das entrevistas e a conseqüente recolha das respostas emitidas pelos entrevistados. As entrevistas realizadas aos clientes da Casa Ozanam foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra e em formato de texto digital. Porém, as entrevistas levadas a cabo aos clientes do centro de saúde não puderam ser gravadas, por imposição desta instituição, procedendo-se à transcrição direta para papel das respostas dadas pelos entrevistados. Numa fase posterior, fez-se também a transcrição das respostas para formato de texto digital para facilitar e agilizar a tarefa de análise.

Recolhidos os dados, chegou-se à última etapa, que consistiu na interpretação do *corpus* do trabalho, colocando em prática a técnica de análise de conteúdo. Tal como Carmo & Ferreira (1998) referem, como qualquer outra tarefa de investigação a transcrição da entrevista exige rigor sendo pertinente fazer uma interpretação dos resultados obtidos à luz dos objectivos e do suporte teórico.

De acordo com Bardin (1979) a análise de conteúdo pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 42). Ainda de acordo com o autor, a análise de conteúdo tem duas funções, uma função heurística e uma função de administração da prova. No trabalho foi usada a função de administração da prova, uma vez que, tal como refere Bardin (1979) “hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servindo de diretrizes, apelarão para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação; é a análise de conteúdo para ‘servir de prova’” (p. 30).

Ainda a respeito da análise de conteúdo, aplicou-se o processo de revisão por pares no sentido de dar maior fiabilidade ao presente estudo. De acordo com os autores Nayak, Maniar & Moreker (2005, citados por Jenal, Vituri, Ezaías, Silva & Caliri, 2012) existem essencialmente dois sistemas de revisão por pares: o sistema aberto “*open review*” em que a identidade dos autores e revisores é conhecida por ambas as partes e o sistema duplo cego “*double blind review*” em que autores e revisores desconhecem a identidade uns dos outros. Optou-se pela utilização do sistema aberto, envolvendo uma terapeuta ocupacional, à qual primeiramente foram apresentados o âmbito e os objetivos do estudo e posteriormente solicitada a sua revisão quanto às categorias descritas.

Este processo é defendido por diversos autores (Jenal *et al.*, 2012) ao referirem que o sistema de revisão por pares é imprescindível para a difusão do conhecimento, pois é uma etapa essencial no julgamento de manuscritos científicos. Além disso, a revisão por pares é importante no sentido de reduzir a subjetividade e, desta forma, garantir credibilidade ao processo.

A revisão efetuada pela terapeuta ocupacional resultou num conjunto de apreciações e sugestões, as quais foram tidas em consideração e refletidas no trabalho. De referir também que a terapeuta definiu categorias semelhantes às previamente estabelecidas no decorrer do estudo.

Segundo Carmo & Ferreira (1998) a fiabilidade diz respeito à possibilidade de diferentes investigadores, poderem chegar a resultados semelhantes sobre o mesmo fenómeno estudado utilizando, para isso, os mesmos instrumentos. A fiabilidade existe para que seja reconhecida a pertinência e o valor do nosso estudo.

2.7 Tarefa Descritiva

As unidades de Terapia Ocupacional das instituições que colaboraram com este estudo, disponibilizando os seus clientes para as entrevistas, têm missão e objetivos muito semelhantes. Visam principalmente a integração social e melhoria das condições de vida dos seus clientes, aumentando os seus níveis de participação e de acção comunitária, promovendo ainda a obtenção e desenvolvimento de competências pessoais e sociais facilitadoras da sua inserção profissional e social.

Ambas as instituições proporcionam aos seus clientes a possibilidade de frequentarem um leque variado de atividades sócio-ocupacionais, das quais se destacam: hidroginástica, ginástica, treino de acesso à comunidade, treino de Atividades da Vida Diária (AVDs⁶), informática, estimulação da memória, treino de competências sociais, dinâmicas de grupo, sessões de relaxamento, entre outras.

A Casa Ozanam oferece ainda acompanhamento psicossocial às famílias dos seus clientes, assim como encontros de formação e partilha de experiências. Esta instituição, indica que a Terapia Ocupacional tem sido responsável por um menor número de recaídas, maior estabilidade emocional e melhor aceitação da doença por parte dos seus clientes. Além disso, as famílias referem melhorias significativas na qualidade de vida dos clientes e nas dinâmicas familiares e sociais onde se inserem.

⁶ Atividades da Vida Diária (AVDs) compreendem atividades fundamentais para a sobrevivência, tais como: comer, manter-se aquecido, evitar perigos, manter a higiene pessoal, e em algumas situações, habilidades sociais básicas (Hagedorn, 2001).

CAPÍTULO III – Análise Interpretativa

3.1 Forma de Encarar a Doença

A ideia de saúde associa-se com a ideia de bem-estar. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Podemos exemplificar este aspeto pela descrição do significado de saúde e doença através de declarações de alguns entrevistados, tais como: *“Saúde é das coisas melhores que a gente precisa ter. Sem saúde não podemos viver. Doença assusta-me! Mete-me medo, não sou muito tranquilo nem paciente.”* (Ent. 1); *“Saúde significa estar bem, ter saúde é ter tudo... não ter é estar fragilizado de alguma forma.”* (Ent. 11); *“Saúde é bem-estar digamos assim (...) ausência de doença digamos assim, ausência de doença é no fundo a saúde (...) Doença é um mal que vem e que às vezes é muito difícil de voltar pra atrás de se ir embora.”* (Ent. 17).

O estado natural do ser humano poderá ser descrito como o estado de pleno domínio de capacidades físicas e psíquicas ou o estado de perfeito bem-estar, denominado saúde. A doença seria uma disfunção desse estado natural. Assim, valoriza-se a saúde positivamente, atribuindo-lhe a característica de um bem (Cintra; Nishide; Nunes, 2003). Tal facto é evidenciado pelo discurso da Ent. 6 quando a mesma refere: *“(...) Para mim saúde é tudo aquilo que a pessoa pode desejar na vida! O dinheiro ajuda mas não completa. (...) doença é mais complicada... já fui operada cinco vezes, sou hipertensa e diabética e tenho que no dia-a-dia conviver com os meus problemas de saúde... preciso ter cuidado com a alimentação para que seja equilibrada e fazer exercício físico.”*

Portanto, é preciso vencer o medo e o preconceito para poder encarar a doença. Para Adams (1999), com coragem e apoio, qualquer cliente consegue lutar pela sua vida e ser feliz do jeito que for, como podemos observar a partir das declarações: *“(...) saúde é qualidade de vida em relação ao físico e psicológico... apesar que eu fiquei fisicamente limitada mas psicologicamente estou mais saudável agora. Vejo as coisas de outra maneira e sinto-me mais feliz.”* (Ent. 3); *“(...) saúde é o melhor que podemos ter... doença é a pessoa estar mal e precisamos saber viver. Tem pessoas pior do que eu e precisamos saber viver.”* (Ent. 5).

Seguindo a mesma linha de pensamento, uma pessoa que está doente necessita de tratamento e essa consciência e aceitação da adesão ao tratamento, segundo os autores Meltzer & Bare (1998, citado por Araújo & Garcia, 2006) está associada à capacidade que cada cliente tem da percepção da sua doença e da consciência da necessidade de ajuda. Os autores ainda reforçam que “ao aderir ao tratamento, o cliente assume um papel mais ativo, auto-determinado e com essas atitudes alteram seus hábitos de vida. Nessa óptica, adesão é reconceitualizada, de uma atividade linear e controladora, para um esforço participativo incluindo profissional e cliente” (p. 3). Este aspecto encontra-se bem evidente no discurso do Ent. 5 quando este explica o seguinte: *“Para já, de todos os profissionais de saúde... tem sido com a terapeuta ocupacional que estabeleci um vínculo...cheguei a um ponto que queria desistir e depois que vim para aqui me sinto mais motivado. A melhor coisa que me aconteceu foi vir para aqui!”*

Logo, compreendemos através do discurso citado acima que a adesão ao tratamento está ligada à motivação não só do cliente mas também do terapeuta, ao mostrar atitudes de interesse pelas expectativas e angústias vividas pelo cliente.

Através das entrevistas, conseguiu-se também identificar a forma que os profissionais de saúde lidam (ou lidaram) com cada cliente e que tipo de relação foi estabelecida entre o cliente e esses profissionais. Os testemunhos apresentados a seguir permitem elucidar que os clientes interagem com diferentes profissionais de saúde e que estabelecem com eles diferentes relações: *“Durante o meu tratamento lidei com o Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional. (...) tenho uma melhor relação com a terapeuta ocupacional, pois estou mais tempo... já com a fisioterapeuta além de ficar pouco tempo só faço as máquinas e depois vou embora para Terapia Ocupacional.”* (Ent. 2); *“(...) Médicos, Enfermeiras, Terapeuta Ocupacional, Psicólogos. É (...) foi uma relação boa... portanto uma situação de empatia (...) para facilitar a minha recuperação digamos assim.”* (Ent. 17); *“Terapeuta da fala, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta (...) Tive uma boa relação com cada um deles.”* (Ent. 12).

De referir que todos os Entrevistados estavam a seguir tratamentos de reabilitação física com diferentes profissionais de saúde, com maior envolvimento dos seguintes profissionais: Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e Fisioterapeuta. No entanto, refira-se uma vez mais, para o nosso estudo, foi dado maior ênfase ao terapeuta ocupacional tendo em conta o âmbito e os objetivos do estudo.

Nessa perspectiva, os autores Hopkins & Smith (1993, citado por Hagedorn, 2001) afirmam que “reabilitação é a recuperação de um indivíduo incapacitado até à sua máxima independência de acordo com suas limitações através do desenvolvimento de suas capacidades residuais” (p. 192). Na mesma vertente, Hagedorn (2001) defende que os serviços de reabilitação de Terapia Ocupacional têm como objetivo “usar as atividades e procedimentos planejados para assistir o indivíduo incapacitado, física ou mentalmente, a alcançar ou preservar o nível mais alto da função através de um programa de avaliação e tratamento” (p. 193).

É importante ainda salientar que a percepção que os Entrevistados têm da forma como foram tratados e o que isso lhes transmitiu, influencia de forma direta na qualidade e manutenção do vínculo terapêutico. Tal é comprovado a partir dos discursos dos Entrevistados 1 e 9. O Ent. 1 afirma: *“Sinto na minha saúde que me faz bem andar aqui... a maneira como eu sou tratado é que me ajuda a vir para cá. (...) a terapeuta trata todos lindamente, nós comentamos entre nós que tivemos muita sorte na pessoa que nos apareceu.”* Acrescenta o Ent. 9: *“Sempre fui tratado bem... sempre me apoiou em tudo, sempre adorei a relação que tenho com a terapeuta. Isso me faz sentir melhor ao nível físico e mental porque a minha terapeuta me ajuda a perceber que eu podia fazer isso (...) era capaz de fazer coisas que eu não pensava que podia.”*

Este último aspeto vai ao encontro do que é sustentado pelos investigadores Toralles-Pereira, Sardenberg, Mendes & Oliveira (2004) quando estes apontam que é importante ressaltar que a qualidade do serviço prestado ao cliente de saúde não é determinada somente por equipamentos materiais e aplicação dos conhecimentos técnico-científicos. A qualidade do serviço também está intimamente ligada às relações estabelecidas por cada profissional de saúde com o cliente, derivadas das “éticas interativas e comunicacionais”.

Em suma, através dos vários testemunhos obtidos foi possível verificar que, de facto, a experiência do adoecer e as expectativas do tratamento são fatores importantes e que precisam ser considerados durante o tratamento.

3.2 Impacto da Terapia Ocupacional

Os impactos e consequências de uma doença podem ser descritos de diferentes perspectivas. Todavia, os sentimentos e as reações de cada indivíduo no que concerne ao processo patológico, não são apenas influenciados pelas condições somáticas, físicas mas também pela personalidade e circunstâncias sociais.

Entender a ação da Terapia Ocupacional com os clientes requer uma compreensão sobre a ocupação humana e a pessoa (cliente) que desempenha atividades diárias. Todo o ser humano tem uma rotina diária, que pressupõe a realização de diversas atividades todos os dias. Cada pessoa traz consigo hábitos peculiares que caracterizam o seu dia-a-dia e a relação que estabelecem consigo mesmo e com as outras pessoas, dentro de um contexto.

Para Bastos (2008) todo o ser humano realiza atividades que são importantes e significativas para si, que fazem parte do seu contexto diário e que as representam enquanto seres que desempenham papéis ocupacionais no meio em que vivem ou estão inseridos, nomeadamente, em casa junto dos seus familiares e na comunidade. Para pensar no tratamento de clientes que frequentam a Terapia Ocupacional, é preciso entender o impacto que uma lesão, limitação ou deficiência provoca nas ocupações diárias das pessoas.

Em suma, segundo Hagedorn (2001) os cuidados da Terapia Ocupacional têm por objetivo envolver esses clientes em atividades que são significantes e importantes para eles, com a finalidade de obterem independência, autonomia e participação social. As áreas ocupacionais envolvem as atividades básicas da vida diária (de auto-cuidado) e instrumentais (de resolução de problemas complexos e cuidados com o outro), bem como o trabalho, o estudo, o lazer e a participação social. Essas áreas podem variar de acordo com a idade da pessoa, o tipo de atividades que realiza, suas preferências, rotina, hábitos, entre outros fatores. Para o terapeuta ocupacional, interessa o desempenho do ser humano no que diz respeito às suas funções e ações do quotidiano.

No âmbito desta categoria, foi possível verificar que, de facto, os atendimentos de Terapia Ocupacional têm grande impacto na vida dos clientes. Analisando as respostas obtidas resultantes das entrevistas, verifica-se que a maioria dos entrevistados opta por assumir que depois de darem início ao tratamento com o terapeuta ocupacional colheram

muitos proveitos, entre eles, uma maior independência e autonomia na sua vida em geral, dando ênfase às experiências bem-sucedidas e a um novo olhar sobre os seus problemas, aspeto que podemos exemplificar pelas citações de algumas respostas recolhidas, tais como: “(...) já frequento há alguns anos esse centro, gosto de fazer trabalhos manuais e aqui vamos trocando ideias, aprendi muito depois que vim para aqui. Eu aqui só ganhei experiência, mais maturidade e hoje encaro certas doenças com mais lucidez e com menos problemas.” (Ent. 6); “(...) os proveitos são de uma vida melhor, com mais qualidade! (...) é estar mais ativo, ter um maior convívio, esse tipo de coisas.” (Ent. 15); “(...) a terapeuta ocupacional me incentiva a mexer, a fazer trabalhos de pintar, eu sei pintar em tela com tinta a óleo, eu sei desenhar. E isso me faz bem porque ela é uma terapeuta que sabe lidar com o nosso problema.” (Ent. 19).

Este dado está de acordo com Castro (2007) que afirma que quando é potenciado, dentro do *setting*⁷ terapêutico, atitudes por parte do terapeuta, como acompanhar o cliente para que ele possa se interessar por algumas atividades, experimentá-los, desenvolvê-los, repetir e aprimorar a experiência, o cliente sente-se mais seguro. Este aspecto é melhor evidenciado pelo discurso da Entrevistada 17 ao explicar: “(...) os proveitos são múltiplos, nos dá mais segurança... portanto dá-me mais confiança para o futuro (...) mesmo para combater a minha doença mas acima de tudo uma situação de segurança”.

Da mesma forma, podemos citar o Entrevistado 8 para exemplificar como essa segurança e confiança na relação permite-lhe uma transformação na relação terapêutica: “(...) quando penso no físico, estou muito melhor e no psicológico é positivo também. Durante todo o tempo que estou aqui aproveito muitas coisas... passo mais momentos aqui que me faz até esquecer os meus problemas da doença, profissão e vida. Sinto-me acolhido... não consigo ter a mesma relação que tenho com a terapeuta com outros profissionais. Não sou uma pessoa fácil de me relacionar, tenho que sentir que a pessoa que está do outro lado tem vontade e interesse, e que não tenha limitações em fazer aquilo que tem a fazer e só, geralmente eles só fazem a reabilitação física e nem procuram estabelecer uma ligação com os pacientes.”

A percepção do cliente sobre a relação terapêutica também está correlacionada à efetividade do tratamento, Luborsky (1984, citado por Savoine, 2009) demonstra que “os clientes que avaliam de forma positiva os seus terapeutas desde o início do processo

⁷ *Setting* é o ambiente no qual ocorre a interação entre o terapeuta e o cliente (Castro, 2007).

terapêutico, foram justamente aqueles que atingiram mais efetivamente os seus objetivos” (p. 4). Com tal afirmação, percebemos o quanto a soma dessa relação terapeuta-cliente aliada ao conhecimento influencia de forma positiva no tratamento. A importância destes benefícios está bem patente em discursos de alguns entrevistados, tais como: “(...) *essa relação terapeuta-cliente influencia a 100% no tratamento. O vínculo somado ao conhecimento. Se não sentisse essa relação com a terapeuta já teria desistido, mas como me sinto bem venho com prazer. Já são muitos anos que ando aqui e criei muitas amizades também.*” (Ent. 8); “(...) *porque acho que facilita a realização do tratamento, os resultados obtém-se com mais brevidade, com mais severidade, tudo porque o relacionamento é bom, não basta apenas a medicação, também é preciso que entre o paciente e o terapeuta haja um clima de aproximação, de cumplicidade e nesse aspecto facilita.*” (Ent. 17); “(...) *ela tem a sensibilidade de ajudar. Às vezes uma simples palavra, um carinho, um toque, um abraço ajuda muito. Eu gosto muito do toque (...) ela me conforta, eu prefiro isso do que uma prenda ou dinheiro, dinheiro vai. Ela percebe logo quando eu venho mal disposta e logo a Ana pergunta, isso me faz bem. É tão bom existir isso na relação terapeuta-cliente, “Estás bem?”*” (Ent. 6).

Esta evidência vai ao encontro do estudo de Karkow, Caminha & Benetti (2005) que concluíram que a importância da participação dos profissionais de saúde no cotidiano das experiências dos clientes durante o tratamento é fundamental.

Podemos então afirmar que nessa convivência, novos vínculos se formam e os clientes viverão uma experiência partilhada que favorece uma aproximação. Como salienta Castro (2007) “essa aproximação não é semelhante a qualquer outra experiência interpessoal. Você parece sentir e acompanhar vagamente a vida mental do outro” (p. 30). Tal é comprovado pelas afirmações: “(...) *uma boa relação nos levanta porque nossa moral está lá em baixo. E tem dias que não estou bem e ela me conhece e percebe logo e já diz palavras que nos motivam. É uma boa terapeuta e boa amiga, é uma boa profissional com as mãos e boa para limpar a cabeça dos utentes (risos).*” (Ent. 2); “(...) *a simpatia por parte da terapeuta e disponibilidade para qualquer coisa que eu precise e essa boa relação me influencia a continuar nos atendimentos.*” (Ent. 4).

Consequentemente, após iniciar os atendimentos em Terapia Ocupacional, percebemos através de alguns discursos com os Entrevistados 5, 8, 17 e 19 que o impacto

desses atendimentos é muito positivo. O Ent. 5 desabafa: *“Muitas vezes eu nem queria sair de casa e agora chego a casa e ajudo a minha esposa nas atividades domésticas. Sinto-me mais motivado.”* A Ent. 19 acrescenta que a Terapia Ocupacional mudou a sua vida: *“Comecei a lavar minha roupa na máquina... a fazer a minha cama... arrumar o meu pai... dar uma vista de olhos na cozinha, me tornei mais independente.”* O Ent. 17 afirma: *“Para já foi bom! porque antes tinha muitas recaídas, ficava muito na fossa, como se diz no Brasil (risos) e desde que tive esse contacto e esse conhecimento com a terapeuta ocupacional, estou melhor. Portanto, não estou sempre a sorrir mas de modo geral estou mais estabilizado.”* O Ent. 8 complementa: *“Sinto-me mais motivado e sinto-me melhor pela ginástica... sinto-me salvaguardado. Um exemplo disso, tenho problema no pé e tem alturas em que desabafo com a terapeuta e ela me escuta e me incentiva a continuar. Ela faz eu ver determinadas coisas que com os meus problemas eu não conseguia ver.”*

No entanto, verifica-se que os entrevistados admitem que depois de iniciarem os atendimentos em Terapia Ocupacional, as suas vidas mudaram de forma positiva mas também salientam que o fundamental é que nessa relação seja possível a eles, clientes, existirem como seres humanos que são, apesar das doenças, das deficiências e do sofrimento que os atormentam.

Porém, podemos fazer referência ainda à noção que os Entrevistados têm da prática da Terapia Ocupacional nas suas vidas. Verificamos que muitos dos entrevistados admitem que os serviços de Terapia Ocupacional são desenvolvidos a fim de promover a saúde e o bem-estar físico e mental, e que o uso terapêutico das atividades da vida diária (ocupações) tem como propósito a participação dos clientes em papéis não apenas domiciliários, mas também em situações de trabalho, escola, comunidade e em outros contextos. Tal como afirma o Ent. 1: *“A terapeuta é uma pessoa imprescindível na sua saúde. Não podemos viver sem a terapeuta ocupacional, é que ela não se preocupa apenas com a nossa saúde mas também com os nossos problemas pessoais e isso nos encanta, cativa-nos. Admiro-a muito enquanto terapeuta (...) tem lugares que você vai que só passam exames e só isso. Falo coisas minhas para a terapeuta que nunca contei para ninguém, confio 100% nela.”* Acrescenta o Ent. 5: *“Para mim foi a melhor coisa da minha vida ter vindo para cá, porque a terapeuta teve atenção e interesse no meu problema. Uma pessoa fala e ela resolve tudo, só se não tiver ao alcance dela. Aqui melhorei o meu andar, comecei a participar nas atividades de casa e me tornei mais independente.”*

A recolha de todos estes testemunhos permite compreender que uma intervenção centrada no cliente, na qual o praticante de Terapia Ocupacional e o cliente selecionam e planeiam de forma colaborativa atividades que têm relevância ou significados específicos e que dão apoio aos interesses, necessidades, saúde e participação na vida diária dos clientes, desperta no cliente um sentimento de maior motivação e acolhimento. De acordo com Tickle-Degnen (2005) esse fator é fundamental para uma aliança terapêutica, fator esse que podemos extrair da seguinte declaração: “(...) *classifico a Terapia Ocupacional de um a dez, digo que foi dez! Ajudou-me bastante nas minhas dificuldades e também na maneira da terapeuta falar, me transmite muita força de vontade. Fui tratado muito bem, cheguei aqui pouco caminhava e não comia com o braço esquerdo e hoje já ando e como.*” (Ent. 7).

Este dado é evidenciado e preconizado por Hagedorn (2007) quando menciona que “...uma aliança terapêutica bem-sucedida é tão importante quanto o tratamento oferecido. Não é, no entanto, simplesmente uma questão de habilidade do terapeuta. Também depende do quanto o cliente participa ativamente no processo” (p. 134).

Na mesma linha de pensamento, podemos ainda salientar o testemunho do Ent. 13, que alegou não conhecer a profissão e por isso nunca lhe permitiu começar os atendimentos com a Terapia Ocupacional, tudo por falta de esclarecimento e conhecimento da profissão. Tal é comprovado pela seguinte afirmação: “*Fui indicado por um médico de Aveiro para fazer Terapia Ocupacional mas nunca fui porque achava que não me ia ajudar. Agora penso que estou aqui (...) noto que o terapeuta ocupacional ensina coisas, eu aprendi muito e quero ainda continuar por algum tempo aqui.*”

Contudo, devemos ainda acrescentar que, tal como Bastos (2008) descreve: “a atividade é uma ferramenta que compõe um processo de aprendizagem, fornecedor da consciência da capacidade, da competência, da estima e do autocontrolo. O valor da atividade é reconhecido a partir dos diversos níveis de potenciais nela existente, para satisfazer as necessidades do indivíduo. As atividades devem ser estruturadas, graduadas e adaptadas conforme o seu propósito” (p. 9). Podemos inferir isto através das declarações: “*É muito importante! porque pronto (...) o terapeuta ocupacional põem-nos a fazer atividades, essas atividades preenchem o nosso tempo... ao preencher o nosso tempo deixamos de estar a pensar em coisas que não tem sentido... em bobagens digamos assim (...) deixamos de estar a pensar nisso. E essa atividade distrai-nos, não é?... e fazem com que haja um certo ritmo na nossa vida e no nosso dia-a-dia.*” (Ent. 17); “*A importância*

da Terapia Ocupacional... é muito importante porque temos várias atividades e conseguimos estar mais ativos e é diferente de estar em casa inativo em frente a uma televisão e não fazer nada. (Ent. 15).

Este último aspeto está relacionado com o que o autor Kitwood (1997) afirma, isto é, que a ocupação corresponde ao envolvimento de uma pessoa na execução de um processo ou ação de uma forma pessoalmente gratificante e tem por base as características e capacidades dessa pessoa. O oposto é um estado de tédio, apatia e futilidade. O autor refere ainda, que na maioria das vezes, a ocupação envolve ter algum tipo de projeto, seja por via do trabalho ou por lazer. Se as pessoas são privadas de ocupação, as suas habilidades começam a deteriorar e por consequência, a auto-estima é também fortemente afetada.

Por fim, é relevante evidenciar que quando pensamos em Terapia Ocupacional, a atividade é o caminho pela qual fortalece a relação, tal como Hagedorn (2001) relata, “a ocupação/atividade é o meio que permite essa interação entre o terapeuta e o cliente (p.34). Logo, verificamos o quanto é importante os componentes que envolvem esse encontro.

Sintetizando, foi possível constatar pela generalidade das respostas citadas acima que a Terapia Ocupacional tem um impacto positivo na vida dos entrevistados.

3.3 Relação Terapeuta-cliente

As qualidades da interação entre terapeuta e cliente são benéficas se apoiarem o envolvimento contínuo nas atividades que lhes permitem fazer progresso em direção aos objectivos de cada um. Esse relacionamento profissional pode surgir quando é difícil para o cliente por estar a sofrer, experimentar ou comunicar emoções que contribuam para o desenvolvimento do vínculo. Tal é comprovado por declarações como: *“Eu tenho um exemplo verdadeiro! (...) é o melhor de todos, eu tenho um médico cardiologista e quando fui fazer a primeira consulta ele perguntou: o que você estava fazendo nesse mundo? tudo isso porque eu estava sendo mal medicada. Gostei muito da sinceridade dele e desde a primeira consulta estabelecemos uma relação de amizade. Tenho uma relação de pai e filha, eu ligo para ele e ele liga para mim. No entanto, na consulta ele é um médico e fora um amigo. E com a terapeuta está-se construir a mesma coisa. Se a gente quer um conselho ela nos aconselha. Eu adoro a terapeuta, por gestos e olhares a gente se entende.*

Ela se preocupa comigo.” (Ent. 6); “É uma pessoa que está mais chegada a outra... por parte da terapeuta ocupacional, ela é muito humana. Agora que ela vai de férias a gente sente falta, isso é vínculo para mim!” (Ent. 2).

Autores como Castro (2007), Savoine (2009), Caprara & Rodrigues (2004) defendem que o vínculo é imprescindível para o acontecer humano e cujo trabalho terapêutico oferece uma oportunidade ímpar para que esse processo ocorra. Verificamos este facto com base em declarações como as seguintes: *“Vínculo é (...) união, cooperação e cumplicidade.” (Ent. 17); “Eu posso estar vinculado com alguma coisa. Com a terapeuta ocupacional eu tenho um vínculo!” (Ent. 11); “(...) vínculo é a maneira como os doentes são tratados e recebidos pelos profissionais de saúde.” (Ent. 9).*

O vínculo é estabelecido e manifesta-se ao longo do processo terapêutico, assumindo um papel, segundo Peloquin (2002) de apoio, confiança e segurança ao cliente. O terapeuta ajuda o cliente a respeitar os motivos do seu adoecimento, levando-o a descobrir e encontrar saídas diante das suas limitações através do diálogo entre os dois. Favorecendo assim, uma relação de disponibilidade e interesse para o cliente, no qual influencia de forma direta o tratamento, como podemos exemplificar pela citação de alguns testemunhos, tais como: *“A minha terapeuta ocupacional me escuta, eu sinto-me bem apesar do problema que tive porque sou muito estimado e respeitado aqui, sinto-me bem. (...) Sinceramente nunca vi uma pessoa igual à terapeuta... ela percebe quando estamos mal sem a gente falar. Ando aqui há seis anos e nunca vi a terapeuta mal disposta, isso é muito bom. A minha vida... melhorou porque assim dá mais ânimo, mais alegria, eu vivo mais momentos felizes aqui do que lá fora.” (Ent. 1); “Para mim é muito importante!... em primeiro lugar porque depois de ter os problemas, precisei de um acompanhamento e quando cheguei aqui se não tivesse encontrado uma pessoa simpática, alegre e bem-disposta, já tinha desistido. É muito bom ter um terapeuta interessada na sua cura e bem-estar.” (Ent. 8).*

Este último aspeto pode estar relacionado com o que é proclamado por Merhy (2000) ao referir que uma boa relação é um dos fatores mais relevantes para o sucesso terapêutico. Esse relacionamento é capaz de promover uma mudança de atitude no cliente em relação ao sofrimento vivido, expectativas dos tratamentos, medos e ansiedades: *“(...) acho que essa boa relação foi boa para a minha recuperação. Gosto muito dela. (...) Tenho uma boa relação com ela.” (Ent. 2); “ (...) existe uma relação com a terapeuta e*

vai existir para sempre. Moro aqui perto e mesmo que acabe o tratamento vou continuar a vir aqui para conversar com ela... (choro) tem um impacto muito grande. Eu gosto imenso da terapeuta, ela vai de férias mas a gente se fala por telefone.” (Ent. 6).

Na mesma linha de pensamento, Adams (1999) apregoa que devemos tratar o cliente independentemente do seu desfecho, sempre com bastante humanidade, dignidade, decência e até mesmo bom humor, pois aliviam a dor, o sofrimento e o próprio tédio. Tal é evidenciado no seguinte testemunho: *“(…) entre mim e a terapeuta existe uma relação de amizade, ela ajuda-me muito. Já até organizei um almoço para os pacientes e a terapeuta. Deu para conviver, tivemos quatro horas a conversar, tiramos fotografias, escutamos músicas. A terapeuta levou umas prendas para cada um. Acho que isso é muito importante! Alguns utentes já me perguntaram quando vai ter outro.”* (Ent. 7).

Consequentemente, pode-se entender o vínculo terapêutico como um processo que necessita de elementos primordiais, entre eles, a capacidade de escutar.

Tal como Tickle-Degnen (2005) declara que saber escutar, mais do que saber falar é o grande segredo da comunicação profissional. Um terapeuta atento e interessado cativa o cliente, na medida em que lhe dá a importância que deseja. Desse modo, abre caminhos para ser também escutado e respeitado: *“Ter atenção (...) e uma terapeuta que me escute, isso me faz bem melhor.”* (Ent. 14); *“(…) portanto na minha vida é bom ter essa relação com a terapeuta porque se eu tiver problemas que me afligem, vou ter com ela e me exponho, abro-me não é (...) basicamente é isso.”* (Ent. 17).

É importante também salientar que quando o terapeuta interage com o cliente, para além da comunicação verbal manifestada, poderão existir um conjunto de mensagens não-verbais por intermédio do cliente, às quais o terapeuta deve estar particularmente atento para poder decifra-las ao máximo.

De acordo com Estanqueiro (2008) as palavras, por si só, não exprimem com exatidão as ideias e muito menos as emoções. As pessoas revelam as suas motivações mais profundas e as suas emoções, através da linguagem do corpo. Muitas vezes, a postura corporal, as expressões faciais, os gestos, o olhar, o sorriso, a respiração e os silêncios têm mais impacto que as palavras. Tal pode ser confirmado pelo testemunho do Entrevistado 9: *“(…) quando sentia dor no início calava-me e agora que ganhei confiança já falo mais o*

que estou a sentir e além disso a terapeuta repara nas minhas expressões e isso me faz sentir bem.”

Adicionalmente, constatou-se que a linguagem corporal é um dos alicerces dessa relação. Para Castro (2007) o terapeuta deverá ficar atento aos sinais do cliente ao longo do tratamento. Ressaltando, que dependendo do grau de confiança e naturalidade dessa relação, o terapeuta pode optar por observar aquilo que o cliente diz e expressa, e a partir daí, comparar se há discrepância entre a comunicação verbal e não-verbal, salientando que essa interpretação deve ser feita com cuidado e sensibilidade. Consequentemente, com base nesses sinais é possível ajustar a relação terapeuta-cliente, avançar, travar ou mudar de direção a comunicação entre ambos.

Curiosamente, é importante destacar o testemunho do Ent. 11, que alegou não ter uma boa relação no início dos atendimentos de Terapia Ocupacional devido à não-aceitação do seu estado atual de saúde, encontrando-se naquele momento numa fase de negação. Pelo seu depoimento, pode-se constatar que os primeiros contactos estabelecidos com o terapeuta foram muito voltados para a percepção e aceitação do cliente, no que diz respeito à sua nova condição atual de saúde, e com o tempo, à medida que foi aceitando a sua condição atual, a relação terapeuta-cliente foi constituída: *“Sim, existe uma relação com a terapeuta (...) no princípio era uma relação não muito boa porque eu não queria estar aqui mas agora é espetacular.”*

Nesta perspectiva, o autor Chamone (1999) defende que “o encontro terapeuta-cliente implica um homem que é cliente, um outro que é o terapeuta, quando um é o necessitado de ajuda e o outro é o ajudador, a recuperação da saúde e prevenção da doença depende da capacidade e do desejo de ambos” (p. 1).

Porém, constatou-se que existem várias componentes que podem levar ao sucesso ou insucesso da aliança terapêutica e cuja responsabilidade é partilhada pelo terapeuta e cliente. De referir ainda, que por vezes sentimentos de negação e alguns tipos de personalidade podem interferir nessa aliança e torna-la difícil, dada a própria natureza do ser humano e a sua constante evolução.

No entanto, os terapeutas pela sua própria filosofia de trabalho estão mais preparados e orientados para serem neutros, não julgarem e não terem preconceito do cliente durante as suas intervenções. Isso não quer dizer que os terapeutas não possuem sentimentos ou estes não necessitem de ser controlados, tal como descreve Schwartzberg

(2001) “o terapeuta também deve controlar suas próprias emoções e reações de contratransferência, Portanto, o primeiro trabalho do terapeuta é entender suas próprias vulnerabilidades, preconceitos e desejos. Esta compreensão é fundamental para a neutralidade e objetividade do terapeuta” (p. 270).

Como referido anteriormente, para uma relação ser mais profunda torna-se indispensável conhecer as motivações humanas, isto é, as forças que ativam, mantêm e dirigem o comportamento. Entre elas, podemos citar a simpatia e a empatia, as quais os Entrevistados deram bastante ênfase. Tal é manifestado nas seguintes citações: “*É passar por um bom entendimento entre os dois (...) uma boa relação entre os dois, o paciente e o terapeuta, é quando a pessoa é simpática, é prestável (...) quando a pessoa está aberta sempre para nos ajudar... qualquer problema que a gente tenha. Como por exemplo, a terapeuta está sempre pronta a nos ajudar quando a gente está mais em baixo e falamos um pouco e ficamos melhor.*” (Ent. 15); “*(...) a terapeuta não faz mais porque não pode! Precisamos de uma coisa e ela vai para casa e no outro dia já tem uma solução. Conta muito a gente dar-se bem com a terapeuta ocupacional e os utentes.*” (Ent. 5).

Autores como Schwartzberg (2001), Chamone (1999), Peloquin (2002) e Castro (2007) preconizam que a empatia e a simpatia são a arte do tratamento. Uma pessoa é empática, quando dispõe de capacidade psicológica para sentir o que sentiria uma outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. Consiste em tentar compreender sentimentos e emoções, procurando experimentar de forma objetiva e racional o que sente outro indivíduo. Subentende uma experiência não apenas da dor do outro mas também da integridade e da coragem ao lado da dor. Por outro lado, a simpatia, refere-se à tendência instintiva que atrai uma pessoa para outra.

Seguindo a mesma linha de pensamento, é também importante referir que alguns Entrevistados revelaram que uma boa relação terapeuta-cliente baseia-se na capacidade do terapeuta respeitar o cliente, mostrar interesse pelo seu tratamento e ter cumplicidade, atitudes como estas segundo os Entrevistados geram confiança e segurança, e consequentemente fazem-lhes sentir acolhidos. Tal é evidenciado pelas seguintes afirmações: “*O que eu considero uma boa relação terapeuta-cliente (...) é que haja bastante cumplicidade como eu disse, que haja muita confiança e que haja muita digamos assim, seriedade parte por parte. A gente faz do terapeuta como uma espécie de um padre, vamos lá confessar os nossos males, (...) e portanto, acima de tudo que o terapeuta incute confiança no paciente, porque se não incute confiança no paciente o paciente não se abre*

(...) não se abre e assim não, assim havendo essa relação de cumplicidade, a pessoa diz assim o que você me contar fica aqui entre nós dois e ninguém sabe e mais nada (...) portanto é assim.” (Ent. 17); *“É ser educado, é ter respeito, ser uma pessoa sensata, uma pessoa com bom diálogo (...) mas sem ferir as outras pessoas.”* (Ent. 11); *“ (...) haver respeito, haver compreensão, uma pessoa que nos consiga elevar, nos falar e resolva os nossos problemas e nos ajudar.”* (Ent. 16); *“Sim, bem (...) no início estava mais envergonhado, sentia-me mais acanhado e agora com uma maior relação com a terapeuta ocupacional eu faço os exercícios com mais tranquilidade.”* (Ent. 9).

Interessa ainda destacar as declarações proferidas pela Ent. 3 e pelo Ent. 18 que evidenciam que sentimentos como amizade, confiança e compreensão por parte do terapeuta são um fator importante para o estabelecimento do vínculo terapêutico. A Ent. 3 declara o seguinte: *“(...) uma pessoa amiga, companheira, é tanta coisa (...) penso que uma pessoa que nos ouve sem fazer críticas negativas.”* O Ent. 18 acrescenta: *“(...) uma boa relação terapeuta-cliente (...) é uma relação de amizade de confiança.”*

Tal como Peloquin (2002) verificou, o termo amizade usado no processo terapêutico ressalta calor e reciprocidade, não significando por si só amizade, nem paternalismo mas pressupondo eventualmente uma qualidade de bondade, de respeito, de responsabilidade e, evidentemente, de interesse. Essas qualidades devem ser implícitas no comportamento do terapeuta. Esse entendimento por parte do profissional pode contribuir para o progresso e evolução dessa relação com o cliente.

Por via do trabalho efetuado, foi possível compreender que o encontro com o cliente nunca é neutro. O terapeuta deve ter a capacidade de reconhecer que a sua presença é tão importante quanto é o procedimento técnico que realiza durante os seus atendimentos. Para uma melhor compreensão, é importante salientar que esse envolvimento, isto é, essa relação deve ser estabelecida de forma cuidadosa para que atitudes expressas por ambas as partes (por transferência e contratransferência) não interfiram nesse encontro.

Este fundamento está de acordo com o que é defendido por alguns dos autores estudados (Chamone, 1999; Castro, 2007) quando estes afirmam que no campo da transferência, de uma forma ampla, o terapeuta ocupacional precisará dispor de recursos teóricos-conceituais para trabalhar na relação terapeuta-cliente desfazendo obstáculos e estabelecendo condições para as integrações singulares e as mudanças necessárias, facilitando aos clientes a ampliação da sua própria consciência, da sua capacidade de

simbolizar e de pensar as experiências de vida, permitindo entrar em contacto com as suas necessidades reprimidas e aprender a atendê-las ou a manejá-las com a ajuda do terapeuta.

Já no que diz respeito à contratransferência, os autores citados anteriormente, declaram que o terapeuta conduzirá essa experimentação, não crendo que seja fácil descrevê-la. No entanto, no campo da Terapia Ocupacional, a importância da contratransferência está na necessidade do profissional em passar por um trabalho de auto-análise, o que o auxiliará na compreensão dos sentidos desses conteúdos e tornar-se-á instrumento útil para o trabalho clínico e a compreensão do que se passa no vínculo terapeuta-cliente. Além disso, os autores advogam, que o essencial é que o terapeuta ocupacional observe as suas vivências e contratransferências e as analise, para assim compreender mais amplamente os seus clientes.

Dentro da mesma perspectiva, Purtilo (1978, citado por Peloquin, 2002) relata que “o terapeuta ao incorporar ações que transmitem interesse na interação profissional de saúde do cliente, ele reconhece a eficiência como um traço que pode expressar interesse, quando não impõe limites rígidos à interação. Ele está interessado no cliente como uma pessoa com valores, necessidades e crenças, mas não incentiva uma relação que levará à dependência excessiva” (97).

A visão de um relacionamento em que o cliente e o terapeuta influenciam-se mutuamente é uma característica inata do processo terapêutico, como se pôde constatar através das declarações dos Entrevistados citadas acima. De acordo com Hopkins & Tiffany (1983, citado por Peloquin, 2002) “o relacionamento é que poderia determinar o sucesso ou fracasso do plano de tratamento” (p. 97). Um terapeuta que colabora no tratamento, fá-lo porque compreende que a relação é de parceria. Podemos certificar que o cliente espera do terapeuta atitudes e comportamentos que mostrem interesse pelo mesmo, tal como o Ent. 10 explica: “(...) *que ela me escute cuidadosamente os meus interesses, que tenha uma boa comunicação e boa disposição durante a estadia na sala.*”

Por fim podemos concluir, tal como Renovato & Dantas (2005) descrevem “não se deve desprezar os saberes do cliente, pois este carrega consigo todo um conjunto de crenças e esquemas que devem ser considerados no momento de interagir com esse ser humano” (p. 75). Portanto, após os primeiros encontros terapêuticos inicia-se uma flutuação na natureza da interação interpessoal entre terapeuta-cliente. Tornando-se importante ainda a necessidade de o terapeuta ocupacional reconhecer que muitos fatores

além da doença influenciam na saúde do cliente e que precisam ser considerados no processo terapêutico.

Conclusão

Através do estudo realizado, chegou-se a uma melhor percepção de como os clientes sentem e vivem a relação com os seus respectivos terapeutas ocupacionais e de que forma essa relação influencia no seu processo terapêutico, tendo em consideração as diversas variáveis e condicionantes na construção e estabelecimento do vínculo dessa relação.

Os autores Hudak & Gallo (1997 citado por Pontes, Leitão & Ramos, 2007) tendo por base alguns estudos que realizaram, defendem que um dos objetivos dos profissionais de saúde pressupõe levar o cliente a participar em atividades terapêuticas. Essa participação depende dos processos de comunicação, a partir dos quais se estabelecem as relações de confiança necessárias para o cliente diminuir o seu medo, a sua ansiedade, assim como, poder lutar pelo seu restabelecimento com dignidade. Nesse sentido, os profissionais, além da experiência técnica e psico-social devem demonstrar total aptidão pelo processo de comunicação.

Por via do nosso estudo, concluímos que o envolvimento do cliente com a Terapia Ocupacional e a relação que este estabelece com o terapeuta ocupacional que lhe presta cuidados são fatores essenciais para um tratamento eficaz. Tal como Hopkins & Tiffany (1983, citado por Peloquin, 2002) referem, “o relacionamento entre o terapeuta e o cliente é determinante para o sucesso ou fracasso da Terapia Ocupacional” (p. 97). Um terapeuta que colabora no tratamento, que estabelece uma parceria com o seu cliente, aumentará as probabilidades de sucesso do tratamento em questão.

Nas instituições onde focalizamos o nosso estudo, verificamos que existe um vasto leque de atividades significativas com intuito de reabilitar o cliente de forma holística e melhorar a sua auto-estima. Contudo, o cuidar de maneira atenciosa e empática produz no cliente motivação e adesão ao tratamento, segurança e acolhimento, sendo estes aspetos destacados pela generalidade dos clientes entrevistados.

Tal como o escritor Baum (1987, citado por Peloquin, 2002) afirma, os clientes precisam de expressar as suas angústias e partilhar a sua dor. Esse momento torna-se primordial para o terapeuta se conectar de forma mais íntima ao cliente. Para que isso aconteça, o terapeuta deve mostrar interesse e empatia, atitudes que darão força e vontade

ao cliente para continuar o seu processo terapêutico. Segundo o mesmo autor, a capacidade empática do terapeuta ou a falta dela, produz alterações profundas e significativas no cliente, podendo tornar a relação entre os dois bastante sólida e proveitosa ao invés de se tornar inconsequente ou contraproducente.

Verificamos ainda que a maioria dos entrevistados admite que a forma de encarar a doença e as expectativas do tratamento são fatores importantes e que precisam ser considerados durante o processo terapêutico. A generalidade dos entrevistados refere ainda, que depois de iniciarem os atendimentos em Terapia Ocupacional, as suas vidas mudaram de forma positiva, realçando que o fundamental para eles, é existirem como seres humanos que são, apesar das doenças, das deficiências e do sofrimento que os atormentam.

As qualidades da interação entre o terapeuta e o cliente são benéficas se tiverem como alicerce o envolvimento contínuo nas atividades que permita que os clientes progredam em direção aos seus objetivos. Esse relacionamento profissional pode surgir quando é difícil para o cliente, por estar sofrendo, experimentar ou comunicar emoções que contribuam para o desenvolvimento do vínculo.

Podemos ainda, fazer referência à noção que os clientes entrevistados têm da prática da Terapia Ocupacional nas suas vidas. Verificamos que, de uma forma geral, os clientes entrevistados assumem que os serviços de Terapia Ocupacional são desenvolvidos a fim de promover a saúde e o bem-estar físico e mental, e que o uso terapêutico das atividades da vida diária (ocupações) tem como propósito a participação dos clientes em papéis não apenas domiciliares, mas também em situações de trabalho, educação, comunidade e em outros contextos.

Tal como Caniglia (2005) enuncia, a Terapia Ocupacional atua com os projetos de vida, com atividades do quotidiano, com a rotina do indivíduo. No quotidiano do indivíduo observa-se o uso do tempo, o ambiente em que ele está inserido, quais são as atividades do seu dia-a-dia e papéis que ele apresenta na vida.

Adicionalmente, concluímos ainda, que uma intervenção centrada no cliente, na qual o terapeuta ocupacional e o cliente selecionam e planeiam de forma colaborativa as atividades que têm relevância ou significados específicos e que dão apoio aos interesses, necessidades, saúde e participação na vida diária dos clientes, desperta no cliente um sentimento de maior motivação e acolhimento.

Este dado está de acordo com Tickle-Degnen (2005) quando refere que o terapeuta deve ter o discernimento de decidir as situações adequadas para deixar o cliente fazer o que realmente deseja ou se deve optar por lhe apresentar alternativas às suas intenções, recorrendo sempre ao diálogo e mostrando total respeito pelos desejos e interesses do cliente. A partir daí, a autonomia do cliente também deverá ser avaliada, tendo em conta a sua vontade, conhecimento e aptidão pela atividade ou ocupação a ele delegada.

Além disso, segundo o autor Cianciarullo (2003, citado por Pontes, Leitão & Ramos, 2007) é importante reter que a comunicação é um instrumento básico do cuidado na saúde, estando presente em todas as ações realizadas com o cliente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o profissional de saúde utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Silva (2008, citado por Araújo & Silva, 2012) advoga que a comunicação interpessoal na área de saúde é um processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens na interação entre clientes e profissionais de saúde. É um processo que possui duas dimensões: a verbal, que ocorre por meio da expressão de palavras faladas ou escritas; e a não-verbal, caracterizada pelo jeito e tom de voz com que palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras. O autor reforça ainda que, uma vez que neste contacto humano ocorre a transmissão de mensagens é fundamental transmitir atenção, compaixão e conforto, destacando essas atitudes como fundamentais para o tratamento.

De referir também, que por vezes, sentimentos de negação e alguns tipos de personalidade podem interferir nessa aliança e torna-la difícil, dada a própria natureza do ser humano e a sua constante evolução.

Contudo, Schwartzberg (2001) declara que o terapeuta ocupacional pela sua própria filosofia da profissão está mais preparado para conduzir essa relação, porém o terapeuta também deve saber controlar as suas próprias respostas subjetivas e reações de contra-transferências, evidenciando que “algumas vezes o terapeuta poderia se beneficiar em participar de psicoterapia individual ou grupal. A psicoterapia pode indicar para o terapeuta quando a sua personalidade impede de buscar ou receber apoio dos colegas” (p.

274). Referindo ainda que os terapeutas durante o processo terapêutico podem analisar as suas condutas através de algumas interrogações, entre elas, cita: “O que está criando esta reação no cliente? A interação se parece com alguma relação anterior?” (p. 272). Que mensagens não-verbais e verbais estou enviando ao cliente? É exagerada a minha resposta aquela situação? É exagerada a minha resposta aquela pessoa? Durante o tratamento estou tentando satisfazer as minhas próprias necessidades insatisfeitas?” (p. 271).

A enorme complexidade de sentimentos ocorridos na relação entre o profissional de saúde e o cliente, faz-nos pensar que quanto mais as necessidades individuais de cada um forem reconhecidas e trabalhadas, menos interferência haverá no desenvolvimento dessa relação, dando lugar a um tratamento mais eficiente.

Um ponto interessante a reter e defendido por Peloquin (2002) indica que o termo amizade usado no processo terapêutico ressalta calor e reciprocidade, não significando por si só amizade, nem paternalismo mas pressupondo eventualmente uma qualidade de bondade, de respeito, de responsabilidade e, evidentemente, de interesse. Essas qualidades devem ser implícitas no comportamento do terapeuta. Ao compreender as configurações dessa relação, o terapeuta passa a reconhecer e discriminar claramente a natureza dos vínculos apresentados. Esse entendimento por parte do profissional pode contribuir para o progresso e evolução dessa relação de forma saudável.

Antes de terminar, no que concerne a limitações ou restrições do presente estudo, temos a destacar o processo de obtenção de autorização de instituições para que cedessem os seus clientes a fim de serem entrevistados e poderem dar os seus testemunhos a respeito da relação estabelecida com os seus terapeutas. A autorização obtida das duas instituições que colaboraram com o estudo foi um processo demorado e algo burocrático mas chegou-se a bom porto, porém uma das instituições, a que solicitou o anonimato, impôs que a recolha de dados só pudesse ser feita por transcrição textual direta, inviabilizando a gravação áudio das entrevistas. Tal situação pode ser considerada uma limitação do trabalho no que respeita à sua a viabilidade.

Ainda sobre o processo de obtenção de autorização, interessa referir que várias instituições de saúde (públicas ou privadas) colocaram sempre um ou mais entraves, rejeitando a sua associação ao presente trabalho. As principais razões indicadas pelos responsáveis dessas instituições prendiam-se sobretudo por questões de disponibilidade

dos seus terapeutas ocupacionais e dos seus clientes, por experiências passadas que correram mal no que respeita ao envolvimento da instituição em causa com determinado trabalho académico, por questões de ordem ética e em alguns casos, por manifesto altruísmo ou desinteresse.

Gostaríamos de ter garantido o envolvimento de mais instituições, era nossa ambição ter um grupo alvo de estudo constituído por mais indivíduos de diferentes instituições, no entanto, dado o tempo disponível e os constrangimentos levantados, tal não foi possível de atingir. Acreditamos que a envolvência de mais instituições e a recolha de mais testemunhos enriqueceria o estudo agora findado, dando-lhe maior abrangência e amplitude.

Um outro aspeto que consideramos interessante numa perspectiva de evolução do presente trabalho pressupõe a utilização de métodos quantitativos, aliando a sua maior objetividade com a subjetividade intrínseca dos métodos qualitativos. Tal como Neves (1996) indica, métodos quantitativos e qualitativos apresentam características contrastantes quanto à sua forma e ênfase, porém não são excludentes. Esta classificação não significa que se deva optar por um por outro. Ao utilizarem-se os dois métodos de investigação, usufrui-se, por um lado, da vantagem de poder explicitar todos os passos da pesquisa e, por outro, da oportunidade de prevenir a interferência da subjetividade nas conclusões obtidas.

Utilizando os dois métodos, seria depois interessante cruzar e comparar os dados e as conclusões obtidas.

A triangulação ou cruzamento de métodos refere-se à comparação de dados recolhidos por abordagens quantitativas e qualitativas, isto é, diz respeito a adotar métodos distintos para a análise de uma única questão ou objeto de estudo. Pode ser utilizada com a combinação alternada ou a utilização simultânea dos dois métodos para responder ao tema da pesquisa. Nesse sentido, as abordagens podem ser complementares e adequadas para minimizar a subjetividade e aproximar o pesquisador do objeto de estudo, dando resposta às principais críticas das abordagens qualitativa e quantitativa respetivamente, proporcionando um maior grau de confiança e fiabilidade aos dados (Godoy, 1995; Hayati, Karamy & Slee, 2006; Patton, 2002).

Consumado o presente estudo, outros poderão seguir-se. Por exemplo, seria interessante investigar e estudar acerca da relação entre o terapeuta ocupacional e os

restantes profissionais de saúde com os quais os clientes interagem ao longo do seu processo terapêutico, nomeadamente fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos, entre outros, para apurar qual a importância e o impacto do relacionamento entre os vários profissionais de saúde no sucesso ou insucesso do tratamento prestado aos clientes. Até que ponto, uma visão centrada no cliente e partilhada por toda a equipa de profissionais de saúde poderá ditar melhores resultados para o cliente? É uma questão pertinente e interessante de analisar e responder.

Muitas das vezes, algumas instituições possuem uma vasta equipa de profissionais de diferentes áreas de saúde que prestam cuidados aos mesmos clientes mas tendem a não comunicarem entre eles a visão que possuem sobre os seus clientes. Muitos profissionais de saúde não têm a preocupação de partilhar ou comunicar abertamente com o colega ao lado sobre o estado/evolução de um cliente ao qual prestam cuidados. Até que ponto, isso pode influenciar negativamente no processo terapêutico do cliente? Uma outra questão relevante de examinar.

Para finalizar, e em jeito de reflexão, é interessante destacar que “o cérebro alimenta-se de informação. A alma, de relação.” (Matos, 2007, p. 61). É portanto, fundamental, que o terapeuta estabeleça um vínculo com os seus clientes e assuma um papel de contínua preocupação e atenção a todas as transformações quotidianas pois estas potenciam e influenciam a relação e conseqüentemente o processo terapêutico.

Referências Bibliográficas

- Adams, P. (1999) *O amor é contagioso* (3. ed.). Rio de Janeiro: Sextante.
- Araújo, G. B. S., & Garcia, T. R (2006). *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual*. Revista Eletrônica de Enfermagem. Consultado em Junho, 10, 2013 em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a11.htm
- Araújo, M., & Silva, M. (2008). *Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos*. Revista Escola de Enfermagem. Consultado em Maio, 27, 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>
- Arnoldi, M. V., & Rosa, M. (2008). *A entrevista na pesquisa qualitativa*. (1ª ed.). Autentica. Belo Horizonte, Brasil.
- Barbosa, Paulo César (2012). *Cliente de saúde x paciente*. Consultado em Junho, 7, 2013 em: <http://www.portaleducacao.com.br/turismo-e-hotelaria/artigos/15666/cliente-de-saude-x-paciente>
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70 (Originalmente publicado em 1977), pp. 30, 117, 121.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, pp. 91,92,139,160.
- Bastos, C. (2008). *Terapia ocupacional - Metodologia e prática*. Rio de Janeiro: Rubio; p. 9.
- Campos, E. P. A. (1997). *Doença como expressão do processo de socialização*. Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, pp. 74.
- Caníglia, M. (2005). *Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar*. Belo Horizonte: Oficina de arte & Prosa.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). *A relação assimétrica médico-paciente: repesando o vínculo terapêutico*. Ciência & Saúde coletiva vol. 9 núm. 1, pp. 139-146, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Brasil, p. 6.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castro, E.D. (2007). *Relação Terapeuta-Paciente*. In: Cavalcante; Galvão; *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Editora Guanabara Koogen. Rio de Janeiro, p. 30.
- Cintra, E. D. A., Nishide, V. M., & Nunes, W. A. (2003). *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. São Paulo: Atheneu.
- Correia, F. A. (1996). *Alguns Desafios Atuais da Bioética*. In Pessini, Barchifon, & Taine. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Paulos.
- Gonçalves, Celiane (2009). *Paciente não, cliente!* Consultado em Maio 19, 2013 em: <http://www.celianegoncalves.com/index.php/artigos/celiane/29-paciente-nao-cliente>
- Chamone J., Rui (1999). *A Relação Terapeuta-Paciente* (2. ed.). Belo Horizonte: GES. TO, pp. 1, 19, 31.
- Clotet, J (1993). *Por que bioética? Bioética*, p. 15.
- Cordioli, Aristides. (1998). *V. Psicoterapias: abordagens atuais* (2. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cunha, A.M.T.R., Rocha da Silva, M.C., Goldfeder, M., & Levisky, R.B. (2009) *A psicanálise das configurações vinculares e a terapia familiar*. Osório, L.C.; Valle, M.E.P. & col. Manual de Terapia Familiar, 119-138. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Dall'Agnol, Gisely Paula (2002). *O ombudsman do consumidor na Organização Privada*. São Leopoldo: Unisinos.

Estanqueiro, António (2008). *Saber Lidar com as Pessoas: princípios da comunicação interpessoal* (15 ed.). Lisboa: Presença, p. 88.

Fabbro, Leonardo (2007). *Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente*. Consultado em Junho 30, 2013 em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/286/425.

Godoy, A. S. (1995). *Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais*. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, pp.29.

Hagedorn, R. (2001). *Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional*. São Paulo: Dynamis Editorial. (Originalmente publicado em 1999), pp. 15, 134.

Hagedorn, R. (2007). *Ferramentas e prática - Terapia ocupacional - uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais*. Brasil: Roca; p. 133, 134.

Hayati, D, Karami, E., & Slee, B (2006). *Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty*. Social Indicators Research, v.75, p.361-394, Springer.

Jacomino, D. (2000). *Você é um profissional ético?*. Revista Você S. A. São Paulo: Abril, ano III, n. 25, pp. 28-36.

Jenal, S., Vituri, D. W., Ezaias, G. M., Silva, L. A., & Caliri, M. H. L. (2012). *O processo de revisão por pares: uma revisão integrativa de literatura*. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, Brasil. Consultado em Junho, 10, 2013 em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=307026618013>

Karkow, M. J., Caminha, R. M., & Benetti, S. P. C. (2005). *Mecanismos terapêuticos na dependência química*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Consultado em Junho, 9, 2013 em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200013

Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (3ª ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: the Person Comes First*. Open University Press. United Kingdom.

Lessard, M, Goyette, H.G, & Boutin G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, pp.163.

Ludke, M, & André, M. E. D. (1987). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Matos, A. C. (2007). *Vária. Existo porque fui amado* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi; p. 61.

Merhy, E. E. (2000). *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Consultado em Junho, 12, 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>

Neves, J. L. *Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades*. Cadernos de Pesquisas em Administração, v. 1, n.3, 2º sem., 1996.

Oliveira, Zilma (2002). *Educação Infantil: fundamentos e métodos*. São Paulo: Cortez.

- Patton, M (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Londres, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Peloquin, Suzzane M. (2002). A relação terapêutica. In: Neistadt, M.; Crepeau, E. B., Willard, & Spackman. *Terapia Ocupacional* (9. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 94, 97.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). *Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado*. Revista Brasileira de Enfermagem. Consultado em Junho, 14, 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Programa Humaniza SUS. *Sistema Único de Saúde*. (2008). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Portal de Saúde do Brasil, p.69.
- Pichon-Rivière, E. (2007). *Teoria do vínculo* (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes, p. 17.
- Renovato, R. D., & Dantas, A. O. (2005). *Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa*. Infarma.
- Rogers, C. (2010). *Torna-se pessoa* (1 ed.). Lisboa: Padrões culturais. (Originalmente publicado em 1961).
- Rogers, C. R. (1997). *Tornar-se pessoa* (5 ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1961), p. 86.
- Savoine, A. A. (2009). Análise da importância da relação terapêutica entre cliente e terapeuta. Revista Científica do ITPAC. Vol. 2. Núm. 4. Consultado em Junho, 8, 2013 em: <http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/24/1.pdf>
- Schwartzberg, Sharan L. (2001). Instrumentos de prática: Utilización terapêutica del yo. In Hopkins, Helen L., & Smith, Helen D., *Willard Spackman- Terapia Ocupacional* (8ª ed). Editorial Medica Panamericana (Original publicado em 1993), p. 270.
- Silva, M. J. P. (2005). Humanização em unidade de terapia ocupacional. In: Cintra, E. A, Nishide, V. M, & Nunes, W. A. *Assistência de enfermagem ao paciente crítico* (2. ed.). São Paulo: Atheneu.
- Soar, Filho E. J. (1994). *Relação profissional de saúde-cliente*. Arq. Cat. Med.
- Sumsion, T. (2003). *Terapia Ocupacional: prática baseada no cliente*. São Paulo: Roca.
- Tickle-Degnen. (2005). Linda. O vínculo terapêutico. In: Trombly, C.A, & Radomski, M. V. *Terapia ocupacional para disfunções físicas* (5. ed.). São Paulo: Santos.
- Torales-Pereira, M. L, Sardenberg, T., Mendes, H. W. B., & Oliveira, R. A. (2004). *Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria*. Ciência & Saúde Coletiva: Temas Livres, Rio de Janeiro.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, p. 262.
- Vidal, B. R., Adamuz, T. J., & Feliu B. P. (2009). *Relación terapêutica: el pilar de la profesión enfermera*. Revista Online Enfermería Global. Consultado em Junho, 11, 2013 em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300021>.
- Waldow, V. R. (1999). *Cuidado Humano: o resgate necessário* (2. ed.). Porto Alegre: Sagra Luzzatto, p.111.
- Zimerman, David E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, p. 331.
- Zinker, J.C. (2001). *A busca da elegância em psicoterapia: uma abordagem gestáltica com casais, família e sistemas íntimos*. São Paulo: Summus, p. 87.

Zygouris, R (2002). *O vínculo inédito*. São Paulo: Escuta.

Zornig, S. M. A. (2010). *Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade*. Revista Online Tempo Psicanalítico. Consultado em Maio, 31, 2013 em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n2/v42n2a10.pdf>.

Anexos

Anexo I

Exmo. Sr. Diretor,

Assunto:

Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação, no âmbito da realização de Tese para conclusão do Mestrado de Terapia Ocupacional, intitulado: “A relação terapeuta-cliente: na perspectiva do cliente”, orientado pela doutora Paula Portugal.

Eu, Indiara Gomes de Oliveira, na qualidade de aluna de Mestrado de Terapia Ocupacional da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a, autorização para a realização de um estudo de investigação na sua instituição, mais concretamente na unidade de Terapia Ocupacional.

Pretende-se obter informação relativa à relação entre o cliente e o terapeuta ocupacional, junto de clientes atualmente a receberem tratamentos/cuidados de Terapia Ocupacional. Para a recolha da informação, pretende-se aplicar entrevistas.

De acordo com a disponibilidade da instituição e dos seus clientes, sem querer interferir com a dinâmica de funcionamento da instituição, pretende-se acordar os momentos mais adequados para a realização do estudo.

Envio também o Termo de Consentimento, para ser assinado pelos clientes que participem no referido estudo.

Sem outro assunto, despeço-me agradecendo desde já a atenção prestada.

Porto, _____ de _____ de 20_____.

Com os melhores cumprimentos

(Indiara Oliveira)

Anexo II

Termo de Consentimento Autorizado (Casa Ozanam)

No âmbito da realização da Tese para conclusão do Mestrado de Terapia Ocupacional, pela aluna Indiara Oliveira orientada pela docente e terapeuta ocupacional Paula Portugal, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, eu _____ declaro que aceito participar no estudo sobre a relação terapeuta-cliente na perspectiva do cliente.

Autorizo ainda que a minha entrevista seja gravada em áudio para permitir uma posterior análise. No entanto, garantimos a confidencialidade dos seus dados pessoais, assim como outros dados recolhidos durante as entrevistas, sendo apenas usados para fins de investigação.

Porto, _____ de _____ de 20__.

(Assinatura)

Anexo III

Termo de Consentimento Autorizado (Centro de Saúde)

No âmbito da realização da Tese para conclusão do Mestrado de Terapia Ocupacional, pela aluna Indira Oliveira orientada pela docente e terapeuta ocupacional Paula Portugal, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, eu _____ declaro que aceito participar no estudo sobre a relação terapeuta-cliente na perspectiva do cliente.

Autorizo ainda que a minha entrevista seja transcrita em papel para permitir uma posterior análise. No entanto, garantimos a confidencialidade dos seus dados pessoais, assim como outros dados recolhidos durante as entrevistas, sendo apenas usados para fins de investigação.

Porto, _____ de _____ de 20__.

(Assinatura)