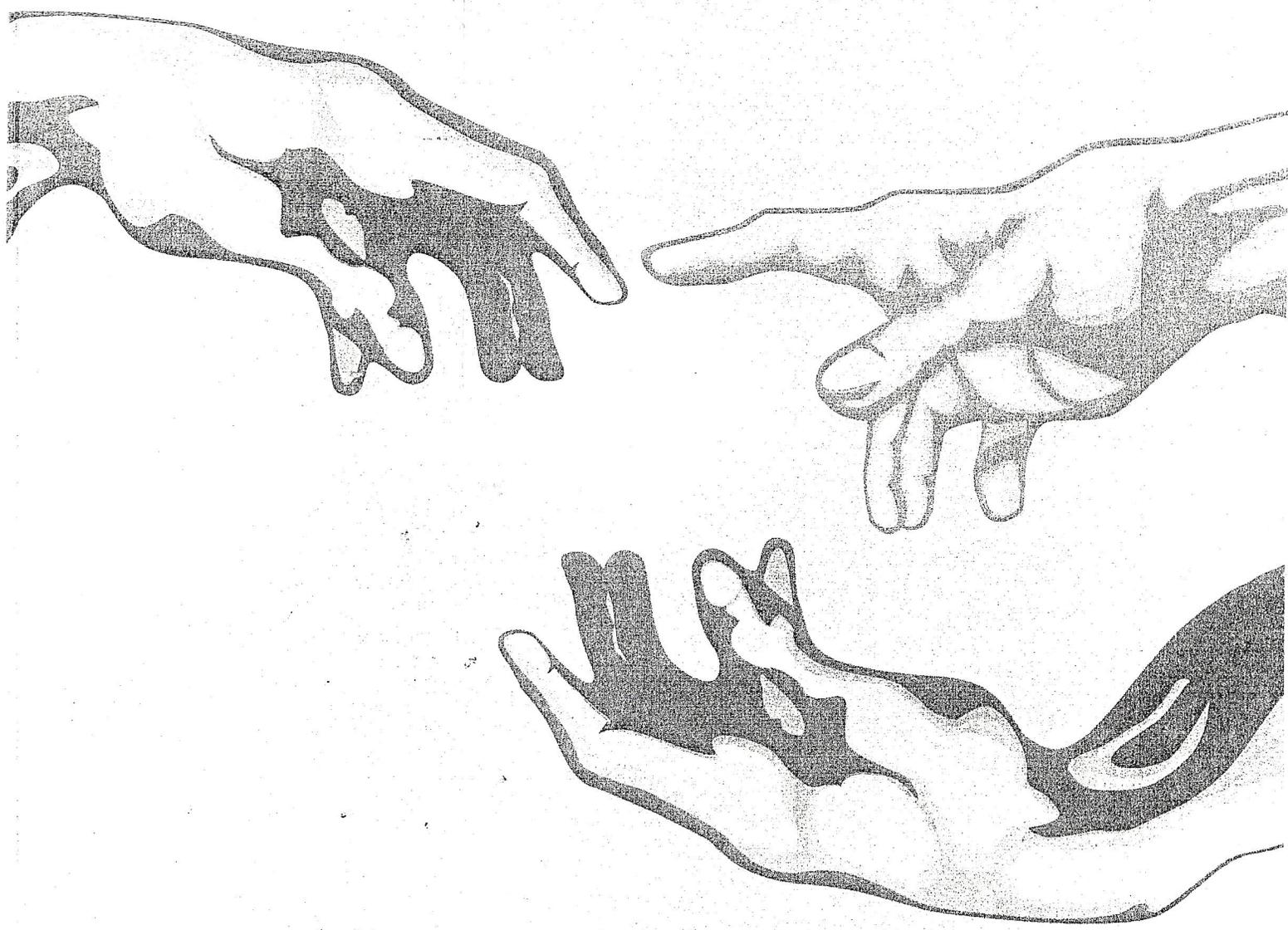


2

TERAPIA OCUPACIONAL

Fundamentação & Prática



Alessandra Cavalcanti
Cláudia Galvão

GUANABARA  KOOGAN

CAPÍTULO 1

História da Terapia Ocupacional

Léa Beatriz Teixeira Soares

INTRODUÇÃO

A profissão de Terapia Ocupacional possuiu diversas denominações; todavia, a que prevaleceu na maioria dos países foi a proposta por George E. Barton, arquiteto norte-americano que nas primeiras décadas do século XX sugeriu e organizou a entidade nacional para a profissão: a Associação Americana de Terapia Ocupacional. George E. Barton citou: "Se há uma doença ocupacional, por que não uma terapia ocupacional?"¹ (tradução livre) (p. 186).

Essa definição se referiu a uma clientela e a uma ação profissional. Uma definição profissional mais precisa deve conter objetivo, objeto de trabalho, instrumento e clientela. Esses critérios podem parecer grego, mas são comumente adotados para definir uma profissão.

Por objetivo da profissão entendem-se as metas ou resultados que se desejam alcançar a partir da intervenção profissional, como melhorar o desempenho, ampliar a autonomia da pessoa, superar déficits ou traumas ou garantir uma inserção na comunidade.

Quando se trata de objetivo, o verbo é a essência, ou seja, uma ação sobre algum aspecto ou alguém. Esse aspecto trata-se do objeto da intervenção em terapia ocupacional, ou seja, aquela determinada substância, condição do indivíduo, grupo ou coletividade sobre o qual a ação/verbo se relaciona. Assim, o objeto de trabalho é um substantivo que caracteriza a essência sobre a qual incide o olhar da profissão. O objeto especifica a intervenção profissional.

Na terapia ocupacional, a ação, o fazer humano, o cotidiano têm sido definidos como objeto da profissão.

Mas a terapia ocupacional, ou outra profissão, não seria definida somente pelo objetivo e objeto, pois estes podem ser similares e até iguais a outras profissões, especialmente em equipes profissionais.

As intervenções se diferenciam, via de regra, pelos instrumentos de trabalho, ou seja, pelas ferramentas adotadas e pela maneira de agir do profissional, enfim, os recursos terapêuticos e a metodologia de trabalho profissional.

Este conjunto de critérios – objetivo, objeto de trabalho, recursos e metodologia – incide sobre uma realidade ou, em outros termos, se realiza em uma determinada clientela e em um

determinado contexto institucional. Esses dois últimos critérios caracterizam a população e o espaço institucional. Trata-se da especificidade do público-alvo da terapia ocupacional, que varia de bebês a idosos, em espaços de intervenção na saúde, educação e programas sociais (hospitais, escolas, centros comunitários), como no ambiente doméstico e no trabalho do indivíduo.

DEFINIÇÃO E DEFINIÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL

A terapia ocupacional tem sua definição profissional atualizada periodicamente. A Associação Brasileira de Terapia Ocupacional divulgou 28 definições colhidas pela Federação Mundial de terapia ocupacional² junto aos países membros. As entidades nacionais que responderam foram 16 européias, 5 asiáticas, 4 americanas e 1 do Oriente Médio.

É possível verificar que o nome da profissão, *occupational therapy*, terapia ocupacional, é adotado na atualidade em todo o continente americano e em países de influência anglo-americana como África do Sul, Austrália, Nova Zelândia e Japão.

A maioria dos profissionais do continente europeu adotou o conceito de *ergotherapie*, ergoterapia, que possui a etimologia na palavra grega *ergein*, fazer, trabalhar, agir.

Na publicação brasileira consta uma definição da profissão, formulada pelo curso de terapia ocupacional da USP – Universidade de São Paulo:

"É um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico" (p. 70).

Essa definição é mais abrangente e específica quando comparada à definição inicial de terapia ocupacional proposta em 1922

pelo médico H.A. Pattison para a profissão: "qualquer atividade, mental ou física, claramente prescrita e orientada, com o objetivo específico de contribuir para o tratamento e acelerar a recuperação de uma doença ou trauma" (p. 2).

HISTÓRIA. POR QUE HISTÓRIA?

Conhecer o presente para delinear o futuro deve ser a meta de cada pessoa, mas o que se é e o que se deseja ser também estão intimamente entremeados ao passado. Então, conhecer o passado favorece entender a atualidade e traçar uma perspectiva de futuro. Conhecer a si mesmo permite lidar melhor com as mudanças entre planos, desejos e realizações.

Conhecer o passado significa reconhecer a história pessoal e identificar as experiências significativas e motivações que trouxeram até aqui, por exemplo, leitor e escritora. Em outros termos, como se formam os profissionais e estudantes de terapia ocupacional.

Motivações para a Terapia Ocupacional

As afinidades do estudante com o cuidar, a clientela, os recursos/instrumentos de trabalho profissional e os espaços institucionais são os elementos de identificação profissional que eles reconhecem em seu processo pessoal.

É possível conhecer sua cidade/ local de origem, a fim de buscar a dimensão sociocultural de seu contexto, ascendência familiar, características do seu município e do campo de trabalho profissional. Dessa maneira, constituiu parte da disciplina de fundamentos históricos da terapia ocupacional alinhar esses elementos pessoais aos elementos constitutivos da profissão e tecer uma trama cada vez mais consistente entre fundamentos profissionais e o repertório de vivência pessoal do estudante.

MAS POR QUE EXISTE A TERAPIA OCUPACIONAL?

No Brasil não houve forte movimento psiquiátrico no século XIX, nenhuma guerra civil ou pressão político-econômica dos acidentados do trabalho no século XX, mas a prática profissional emergiu em diversas regiões do país e se consolidou.³

Rosemary Hagedorn possui uma leitura plural sobre a profissão: "Não existe uma única resposta 'certa'" (p. 14) para os porquês e os quês da Terapiá Ocupacional. Ela expõe diferentes escolas de pensamento ou quadros de referência que sustentam algumas abordagens na profissão, e em cada uma delas existem o 'certo' e 'errado', mas não são idênticas entre si.

CAMINHOS E TRILHAS, OU A HISTÓRIA OFICIAL E A NÃO-OFICIAL

A profissão de Terapia Ocupacional já percorreu muitos caminhos, e existem muitos textos acessíveis sobre essa caminhada.

Em todo documento histórico existem um viés, um comentário ou, em outros termos, um recorte ideológico que vêm confirmar o uso e a difusão de um determinado texto, ou seja, sua legitimação ou, então, a rejeição e "esquecimento" de outro determinado documento.

Estudar e relatar a história significam olhar o passado com as dúvidas e questões do tempo presente. Mas é preciso ter o cuidado de não se colherem as informações de outras épocas desconectadas de seu contexto, pois se reduz a busca à nossa visão de mundo. Como resultado têm-se uma deformação e descaracterização da cultura, classes sociais e relações que constituíram aquela sociedade.

Os registros ao longo da história da humanidade valorizam os grupos que ganharam a disputa em cada sociedade. Os vitoriosos imprimem seu projeto político econômico na sociedade e buscam alicerçar seu poder no campo das idéias, justificando sua supremacia. Adquirem a hegemonia, produzem seu registro histórico e "adoçam a pílula" ao confeccionar a história oficial, que assume seu caráter ideológico. O passado e como ele é contado, a exploração dos eventos cumprem seu papel ideológico de formadores de opinião.

O olhar materialista da história busca explicitar as condições de disputas dos grupos com interesses diversos dentro de uma determinada sociedade. Por esse olhar não existem uma história evolucionista, uma continuidade e periodização linear dos eventos históricos. Assim, o relato da história do uso da ocupação terapêutica desde a antiguidade até os dias atuais como é relatada em manuais internacionais de Terapia Ocupacional é tido como uma leitura histórica reducionista da realidade que respaldou os modelos de Terapia Ocupacional do primeiro mundo, nessa fase da globalização da economia capitalista mundial.

O olhar do terapeuta sobre a história da profissão se assentou sobre a diversificação das práticas profissionais em saúde e percorreu uma trilha compartilhada por algumas autoras nacionais. Em seu livro: *Terapia Ocupacional – Um enfoque epistemológico e social*, Heloisa Medeiros argumentou:

"Nesse sentido, questiono as abordagens da história da Terapia Ocupacional que tentam descobrir em datas remotas (3400 a.C, por exemplo) vínculos com dados que justifiquem a Terapia Ocupacional de hoje (...) isso tudo nos vem mostrar a presença da atividade na questão da saúde, mas não diz respeito à Terapia Ocupacional, já que os feitos humanos devem ser interpretados com a compreensão de sua época" (p. 6).

MARCOS HISTÓRICOS

A Terapia Ocupacional, sob esse olhar, surgiu na idade contemporânea a partir de dois marcos históricos – a Revolução Francesa, em 1789, e a Primeira Guerra Mundial, em 1914. Esses dois fatos político-econômicos demarcam historicamente o século XIX (ainda que extrapolem a cronologia de um século), época de um encadeamento de revoluções contra a ordem estabelecida ou, em outros termos, a democracia enquanto projeto político da burguesia em face da queda da aristocracia, o liberalismo econômico enquanto projeto político e o racionalismo enquanto pensamento hegemônico.

Nesse contexto, novos saberes e instituições foram criados, a psiquiatria, que medicalizou a loucura, transformando o louco em

doente mental, e o manicômio ou asilo para alienados, espaço de segregação dos doentes mentais. A filosofia humanista respalda o tratamento moral e a ergoterapia preconizados nessa nova instituição. Os antigos espaços de enclausuramento dos desvalidos convertem-se em espaços de tratamento, em que as punições corporais e o uso de grilhões foram substituídos por outras formas de punição: da suspensão das saídas ao pátio, trabalho ao ar livre, contenção ao leito até o isolamento em cela-forte.

O Tratamento Moral e a Terapia pelo Trabalho

A pesquisa feita pela terapeuta ocupacional Beatriz Nascimento enfatizou as características do manicômio e da terapia pelo trabalho associado a ela:

*“O trabalho no asilo não era fator de expiação nem somente educativo; era, sobretudo, terapêutico (...). A ideologia do tratamento moral fornecia a racionalização daquelas práticas, justificando cientificamente tanto o enclausuramento como a obrigação do trabalho. O trabalho, na medida em que representava a aprendizagem da ordem, da regularidade e da disciplina, passou a constituir cada vez mais o eixo do tratamento moral”*⁶ (p. 66).

A generalização do trabalho a todos os tipos de alienados gerou uma gradação da atividade, segundo o grau de “degradação” moral e intelectual do interno e a complexidade do trabalho oferecido. Pinel foi o mais conhecido alienista francês, mas essa nova prática médica e institucional, o alienismo e o manicômio, se expandiu em toda a Europa e aos países do novo mundo durante o século seguinte. Quando caiu em desuso, gerou abandono e superlotação dos asilos de alienados.

Retrospectiva Histórica no Brasil

No Brasil, o tratamento moral e a terapia pelo trabalho foram trazidos pela família real. A terapia pelo trabalho também foi nomeada ergoterapia, praxiterapia e laborterapia. Esses conceitos possuem similaridade e foram substituídos por Terapia Ocupacional na medida em que o curso e a profissão foram criados no país na segunda metade do século XX.

A inauguração da primeira instituição para alienados mentais foi o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1854, com oficinas de marcenaria, alfaiataria, sapataria e desfição de estopa.

A transição para o século XX no Brasil foi marcada pela República, economia agrícola exportadora de café, borracha, industrialização nascente, com forte fluxo migratório (90% da população residia no campo), especialmente da população negra liberta e dos imigrantes europeus, crescimento desordenado das cidades e graves conflitos em condições insalubres de vida e pobreza. A medicina foi chamada a participar dessa nova ordem social.

A “medicina científica”, como foi denominada, foi legalizada na Constituição e no Código Penal de 1890; nela os médicos tiveram monopólio sobre a arte de curar, ou seja, foi legitimada como prática profissional e incentivou a expansão da medicina no país:

*“As duas escolas médicas no início do século (Rio de Janeiro e Bahia), no período cafeeiro, acrescentaram-se mais sete: no Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal, S. Paulo, Pará e Pernambuco”*³ (p. 61).

Em face dos problemas epidêmicos das regiões portuárias, os navios cargueiros não atracavam, pondo em risco as exportações. O governo federal mobilizou a medicina para planejar ações contra as epidemias que levavam à morte por varíola, febre amarela e peste bubônica.

A era microbiana sobre as doenças se desenvolveu com Pasteur na França e, no Brasil, com Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e Adolfo Lutz, em cujos institutos produziram vacinas e soros antipestosos. Esse movimento sanitário foi chamado de higienismo e inaugurou a intervenção estatal sobre a saúde brasileira, a partir da reforma urbana e sanitária. Encontrou opositores dentro da medicina, da política e da população, cujo ápice foi a Revolta da Vacina, movimento popular contra as ações estatais sobre a cidade, dentre elas a vacinação no corpo humano, procedimento médico inusitado à época.

A reforma urbana e sanitária possuiu articulação com a psiquiatria do tratamento moral, conforme relata a terapeuta ocupacional Selma Lancman, no livro *Loucura e espaço urbano*:

*“A psiquiatria, e em especial, o surgimento dos asilos, não pode ser vista de forma alienada desse processo. Ela fazia parte de um movimento maior dentro da medicina, no início do século, e contribuiu para a consolidação das práticas sanitárias e ordenação e normatização dos novos espaços urbanos. (...) Ao definir padrões de normalidade, classificar comportamentos e segregar desviantes, estendeu seu âmbito institucional para toda a sociedade”*⁷ (p. 34).

O tratamento moral foi o fundamento de 10 macro-hospícios criados em todo o país, dos quais se destacam o Hospital João de Deus, depois nomeado Hospital Juliano Moreira em Salvador, Bahia em 1874; o Hospital de Alienados da Tamarineira, em Recife, Pernambuco; e o de Fortaleza no Ceará, em 1886; o Hospital do Juqueri, em 1898, depois chamado de Franco da Rocha, onde as atividades rurais tiveram destaque. Duas colônias fundadas em 1911 no Rio de Janeiro, a masculina (posteriormente denominada Juliano Moreira), em Jacarepaguá, o Centro Psiquiátrico Nacional, no Engenho de Dentro, assim como o hospital psiquiátrico de Barbacena, Minas Gerais. Todos seguiram a mesma matriz – construções amplas e distantes do centro urbano, atividades agrícolas e de manutenção interna do hospital e grandes enfermarias. Uma série de fotos do Hospital de Franco da Rocha ilustrou e descreveu com propriedade a relação entre a instituição psiquiátrica e o município que gravitou em torno do hospital.

Outras doenças como a tuberculose e a hanseníase foram controladas com asilamento em leprosários ou sanatórios distantes dos centros urbanos. Nelas a ergoterapia respondia a duas demandas institucionais, a redução de custos e a regulação da vida e rotinas de internação.

Declínio

Em “O alienista”, conto escrito por Machado de Assis, o protagonista, que deu nome à obra, defendeu até as últimas consequências a racionalidade médica sobre a loucura e sua periculosidade como justificativa para a reclusão dos doentes mentais. O alienista identificou a loucura em toda a sua comunidade e até nele mesmo, internando e dando alta a todos no manicômio, local onde permaneceu recluso.

O tratamento moral entrou em declínio conforme se ampliou o debate sobre a eficácia terapêutica em doentes mentais e a psiquiatria organicista. As intervenções médicas se direcionaram para a convulsoterapia e o eletrochoque, e as investigações relacionaram a nosologia psiquiátrica a alterações anatomopatológicas do cérebro, como as lesões cerebrais em alcoólatras, sífilíticos e epiléticos. As atividades dos internos tornaram-se esporádicas, ou apenas subsistiram aquelas relativas à manutenção do hospital.

DA TERAPIA PELO TRABALHO À TERAPIA OCUPACIONAL

A transição da terapia pelo trabalho para a terapia ocupacional ocorreu nos Estados Unidos a partir da Primeira Guerra Mundial devido a pressões sociais de veteranos da guerra por autonomia financeira e valorização social e, ainda, pela absorção de incapacitados no mercado de trabalho, momento de expansão econômica.

É farta a descrição sobre a recuperação dos veteranos de guerra nos manuais de terapia ocupacional e de medicina física e reabilitação, mas imagens daquele período são raras. Uma edição especial do *American Journal of Occupational Therapy*,⁸ de 1977, ao comemorar os 60 anos de criação da entidade nacional, expõe uma série de artigos com fotos que ilustram os ambientes da terapia ocupacional em barracas de lona, casas de recuperação e amplas enfermarias. Verificam-se atividades de marcenaria no leito, as "terapeutas ocupacionais" com longos aventais e toucas de enfermeira ao lado de ex-combatentes, cadeirantes e convalescentes em atividades com fios.

E as Determinações Econômicas...

O fator econômico que impulsionou essa nova prática profissional teve conexão com a mudança na indústria moderna, cuja revolução tecnológica trouxe nova capitalização, redução de custos na mão-de-obra e ciclos contínuos de produção, com revezamento dos trabalhadores em turnos. Esse novo processo produtivo foi pioneiro na indústria automobilística Ford, líder na economia mundial.

Nas estratégias de implantação dessa revolução tecnológica, a Ford contratou deficientes físicos e sensoriais para trabalhar na linha de montagem, com remuneração superior aos operários dessas unidades, fato que quebrou a resistência de seus operários ao parcelamento e à desqualificação técnica desse novo processo. "O parcelamento das tarefas mostrou que nem sempre era necessário todo o potencial humano para o trabalho"⁹ (p. 33).

Dessa forma, foi grande a adesão de trabalhadores sadios a esse processo industrial, que extinguiu o anterior, em que o trabalhador especializado produzia em equipe um único automóvel. A pressão dos trabalhadores manifesta em greves por redução da jornada de trabalho, seguros para os acidentados, criação de fundos de pensão e entidades sindicais resultou no início de uma legislação trabalhista. Foi criado o serviço de reabilitação profissional, subsidiado pelo governo norte-americano, aos veteranos da Primeira Guerra, lei de 1917, depois expandido aos acidentados

da indústria, leis de 1918 e 1919, e depois à população civil, lei de 1920.³

Na Europa, a terapia ocupacional iniciou o exercício profissional por meio de cursos de curta duração.

INSTITUCIONALIZAÇÃO NA AMÉRICA DO NORTE

A institucionalização da Terapia Ocupacional como profissão foi similar à de outras profissões,¹⁰ como cursos de formação, associação nacional para mobilização e gestão política, legislação específica, aprovação de um Código de Ética profissional e o monopólio de uma técnica considerada necessária à comunidade.

Nos Estados Unidos, no início do século XX, a institucionalização da terapia ocupacional transcorreu de 1906 a 1938. Iniciou pela oferta de curso de formação, seguida da organização da categoria, em 1917, na Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional (depois chamada Associação Americana de Terapia Ocupacional). Em 1921 foi aprovado o padrão mínimo de formação, revisado em 1932, além do registro profissional. O credenciamento de cursos ocorreu em 1938.

Idealizada por George Barton, a associação nacional reuniu 2 arquitetos, 1 psiquiatra e 3 terapeutas ocupacionais e professoras.

A trajetória dos fundadores da profissão foi descrita em manuais da profissão.^{1,11} A experiência pessoal de George Barton com o sofrimento físico e mental redirecionou sua vida profissional para cuidar de pacientes, ou melhor, da arquitetura à terapia ocupacional. Após convalescer da tuberculose, retornou à arquitetura, mas aos 42 anos foi novamente internado e, dessa vez, se recuperou por meio do uso terapêutico da ocupação, pois sofreu de uma monoplegia histérica após amputação de um pé por gangrena. Autor de 3 livros sobre a recuperação de pessoas por meio das ocupações, foi fundador e diretor de uma casa de recuperação para convalescentes, que funcionou como escola, local de treinamento e eventos de 1914 até 1923, quando faleceu pela tuberculose (duas décadas antes dos antibióticos).

O psiquiatra William R. Dunton, por quase meio século, foi influente na associação. Produziu 4 livros e 53 artigos sobre a profissão, de 1912 a 1955. Morreu em 1966, aos 99 anos.

O arquiteto Thomas B. Kidner, residente no Canadá, foi responsável pela formação de novos terapeutas ocupacionais para a recuperação de veteranos das forças armadas canadenses; pela definição dos padrões mínimos de formação profissional e pelo registro profissional, estabelecido em 1932, ano de seu falecimento. Foi autor de 1 livro e 18 artigos entre 1923 e 1932.

As terapeutas ocupacionais fundadoras da AOTA foram Susan E. Tracy, enfermeira e autora de 2 livros de terapia ocupacional publicados em 1910 e 1916, e de 5 artigos entre 1907 a 1925. Foi a primeira docente a formar enfermeiras para usar ocupação para inválidos em 1906 em Boston, em cursos de curta duração. Pode ser chamada a primeira terapeuta ocupacional desse século. Morreu em 1928.

Eleanor Clarke Slagle, autora de 2 livros (1930 e 1933) e 11 artigos, entre 1914 a 1938, profissional atuante e referência na AOTA, foi por oito anos diretora da primeira escola de formação em terapia ocupacional em Chicago, que funcionou de 1908, após sua formatura, até 1923. Supervisionou os serviços de terapia ocupacional de seu estado até sua morte, em 1942.

Susan C. Johnson, enfermeira e autora de 8 artigos de terapia ocupacional entre 1917 a 1924, foi docente na Universidade

Columbia, em Nova York. Trabalhou em hospitais, casas de recuperação de tuberculosos, doentes mentais ou incapacitados. Foi responsável pela definição do padrão mínimo de um programa de formação em terapia ocupacional, em 1921. Morreu em 1932.

ANOS DE CRISE

A depressão econômica mundial dos anos 1930 recrudescceu as políticas sociais e as condições de vida da sociedade. Houve uma redução de empregos e de profissionais nesse período, tanto no exterior quanto no país. Todavia, nessa década, foi aprovado um padrão de formação para escolas de terapia ocupacional, e em 1938 4 escolas foram credenciadas/reconhecidas.

Charles Chaplin, em seu filme *Tempos Modernos*, de 1936, retratou com argúcia o período de depressão econômico-social dos anos 1930 na América e os mecanismos de controle, alienação e exclusão social. Mostrou o homem como mais uma engrenagem do processo produtivo e dono apenas de sua força de trabalho. As longas jornadas de trabalho e as greves expressaram a incipiente organização sindical e demandas por legislação trabalhista e previdenciária.

Na psiquiatria, Hermam Simon dirigiu um hospital psiquiátrico na Alemanha em que os internos obtiveram grande recuperação ao serem incluídos no processo de construção do próprio hospital, a exemplo do que ocorreu com Pínel na França um século e meio antes. Os livros *Por uma terapia mais ativa* e *Tratamento ocupacional dos enfermos mentais*, em 1937, expuseram uma nova fundamentação na indicação da terapia ocupacional, que se expandiu em toda Europa.

No Brasil, a indicação de atividades terapêuticas foi retomada. O alienista Henriques de O. Matos defendeu a tese *Labortherapia nas afecções mentais*, em 1929, sobre o tratamento moral e a laborterapia no Hospital do Juqueri.

Em plena vigência da ditadura Vargas e crise econômica nacional, a indicação de atividades agrícolas mostrou a desconexão do hospital com o mercado de trabalho, mais ainda seu interesse economicista, reduzindo despesas na manutenção hospitalar. Essa política governamental foi chamada "contencionista", ou seja, cada hospital sofreu corte de verbas, foi superlotado e ofereceu tratamento insatisfatório aos doentes mentais; enfim, aumentou a população crônica sem perspectiva de reinserção social.

Paradoxalmente ao período de recrudescimento em todo o país, a política de saúde mental do estado de Pernambuco avançou bem além dos demais, pois criou um complexo assistencial para o doente mental muito além do modelo hospitalocêntrico. Proposto por Ulisses Pernambucano, em 1931, possuiu um ambulatório, um serviço aberto, um serviço de higiene mental, preventivo, um hospital psiquiátrico para casos agudos, um manicômio judiciário e duas colônias agrícolas, uma masculina em Barreiros e outra feminina perto de Recife, depois denominada Colônia Ulisses Pernambucano.

O MOVIMENTO INTERNACIONAL DE REABILITAÇÃO

Uma nova fundamentação hegemônica, mais científica e especializada, gerou um impacto sobre a saúde, pois privilegiou o espaço hospitalar para sua capitalização. Diferenciou-se em clínicas especializadas, com materiais, produtos farmacêuticos, equipamentos industrializados, novas especialidades médicas, profissio-

onais paramédicos, técnicos e auxiliares. A medicina, seguida por novas práticas em saúde, se permeou de especializações clínicas, fundamentadas em teorias anatomopatológicas.

A nova base teórica diferenciou a terapia ocupacional em abordagens, conforme a especialidade médica à qual se associou, e se distanciou das teorias de base humanística. Todavia, fruto desse reconhecimento científico, o objeto de estudo da profissão foi colocado em segundo plano e gerou uma crise de identidade profissional que perdurou por décadas.³

O movimento internacional de reabilitação resultou das ações da ONU – Organização das Nações Unidas, OIT – Organização Internacional do Trabalho, OMS – Organização Mundial de Saúde e Unesco – Organização para a Educação, Ciência e Cultura. Foi desencadeado pelos países envolvidos nas duas guerras mundiais, cujo contingente de pessoas com deficiência aumentou significativamente na população civil e nas forças armadas. Emergiram a fisioterapia, ou medicina física e de reabilitação, como nova especialidade e os centros de reabilitação de pessoas acidentadas ou com incapacidade como espaço institucional.

Na Segunda Guerra Mundial foram oferecidos cursos curtos de treinamento para terapeutas ocupacionais trabalharem nos hospitais militares. Os incapacitados novamente foram chamados para ingressar no mercado de trabalho norte-americano:

*"Frente à escassez de braços e graças à urgência de guerra (...) a indústria absorveu tal número de lesados que parecia que somente os incapacitados severos não teriam trabalho"*¹² (p. 97).

No bojo da expansão profissional européia e norte-americana criou-se a Federação Mundial de Terapia Ocupacional, em 1951.

No Brasil, com a redemocratização da sociedade brasileira na segunda metade dos anos 40, com os movimentos sociais e trabalhistas reorganizados, a política governamental se tornou "distributivista". A sociedade civil, com incentivo do Rotary Internacional (ativo há meio século), criou entidades beneficentes para a reabilitação de pessoas com deficiências físicas e mentais, dentre as quais as APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), Sociedade Pestalozzi e centros de reabilitação. O surto de poliomielite e meningite nos anos 1940 e 1950 foi um fator decisivo para a implementação dessas entidades.

No Brasil, a terapia ocupacional na reabilitação física foi introduzida e se distanciou da terapia ocupacional da saúde mental. Luís Cerqueira, Nise da Silveira, Elso Arruda e Sulfiano Filho foram psiquiatras que construíram a terapia ocupacional no país e produziram textos teóricos importantes no período de 1950 a 1986.¹²

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROFISSÃO NO BRASIL

Na Europa, a institucionalização profissional ocorreu de forma mais dispersa durante a primeira metade do século XX.

No Brasil, de 1948 a 1980 a profissão se institucionalizou.¹³ A formação profissional se iniciou por meio de cursos de treinamento em 1948 em saúde mental pela Dra. Nise da Silveira, depois em reabilitação física em 1956, mas o curso se tornou de nível universitário em 1961, pela Lei do Currículo Mínimo, com 3 anos de duração, tanto para a terapia ocupacional quanto para a fisioterapia. A lei de reconhecimento de ambas as profissões foi promulgada em 1969. Entidades técnico-científicas regionais es-

pecíficas de terapia ocupacional foram criadas nos anos 60 e organizaram uma entidade nacional, a ATOB, que funcionou de 1964 a 1985, quando foi extinta.

Nos anos 1970, com a lei de regulamentação do exercício profissional de 1975, criou-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, que se organizou em unidades regionais.

Em 1980 criou-se o primeiro sindicato da categoria, em conjunto com a fisioterapia, um dos últimos das profissões da saúde.¹²

Nessa mesma década foi planejado novo currículo mínimo, aprovado pelo MEC em 1983, ampliando para 4 anos de formação e 3.240 horas.

A diversidade de instituições da categoria, aliada ao aumento de cursos de graduação e de profissionais, redirecionou os esforços da categoria, a partir dos anos 80, para demandas mais amplas e não-corporativas. Em 1994 foi organizada nova entidade nacional, a Associação Brasileira de Terapia Ocupacional – ABRATO, após uma década de relativa desarticulação nacional e intensas trocas entre cursos e congressos da categoria.

O intercâmbio em congressos internacionais de terapia ocupacional cresceu de modo que o Brasil se tornou membro ativo da Federação Mundial de Terapia Ocupacional desde 1994.

Uma nova adequação no currículo mínimo para a graduação em terapia ocupacional, denominado Diretrizes Curriculares, foi aprovada pelo MEC em 2004, com 3.600 horas.

A expansão da categoria profissional resultou de seu engajamento em projetos políticos e de democratização da sociedade.

PERSPECTIVA HISTÓRICA BRASILEIRA

A Terapia Ocupacional passou a ter uma formação continuada, de supervisão profissional e aperfeiçoamento em terapia ocupacional, cujos pioneiros foram os oferecidos por Jô Benetton¹⁴ e Rui Chamone Jorge¹⁵ nos anos 1970. Emergiram cursos de especialização, como os de Terapia Ocupacional Psicodinâmica, Integração Sensorial, Método Bobath, Terapia de Mão. O profissional diferenciou ainda mais sua prática clínica e social.

O espaço asilar em saúde mental saiu do obscurantismo e superlotação que acumulou na segunda metade do século XX, com mortes de internos, para viver novas abordagens e novos espaços institucionais. A conquista da cidadania dos loucos decorreu de mudanças no estatuto da loucura e da construção de projetos como lares abrigados, cooperativas, centros de convivência, dentre outros.¹⁵

Os terapeutas ocupacionais, juntamente com outros profissionais, participaram da luta e aprovação do Sistema Único de Saúde; da política de reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico; da conquista de direitos por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, e do Estatuto do Idoso, em 2004; da criação de redes de suporte social às populações em desfiliação ou risco pessoal-social; assim como da inclusão escolar de crianças com deficiência e da inserção profissional de portadores de necessidades especiais.

A expansão do ensino superior levou muitos professores e profissionais a cursar a pós-graduação em áreas correlatas à terapia ocupacional, de maneira que veio a constituir um processo efervescente e rico de reflexão, proposição e teorização sobre o cenário nacional e internacional. Emmel e Lancman¹⁷ avaliaram o avanço da capacitação docente da terapia ocupacional no país.

O fortalecimento da formação científica da categoria no país desde os anos 1980 resultou em publicações de artigos e livros elaborados agora por terapeutas ocupacionais brasileiros, de modo que se alicerçou a prática profissional, assim como o debate e a interação com a produção internacional.

Inúmeras pesquisas tornaram-se livros ou artigos publicados em revistas de saúde, de humanidades ou em revistas específicas de terapia ocupacional, criadas ao final dos anos 1990.

Cursos de mestrado e recentemente de doutorado em áreas correlatas como educação, reabilitação, psicologia e saúde pública, ao final dos anos 90, receberam terapeutas ocupacionais credenciados como orientadores, que assumem este novo papel: o de formação de pesquisadores em terapia ocupacional.

Os diferentes olhares e formas de atuação da terapia ocupacional brasileira, com diferentes populações, levaram os profissionais a um lugar estratégico no cenário mundial, tecnologias são consumidas e saberes já consolidados no exterior, alguns bem sofisticados, mas também fazeres são produzidos e saberes inovadores relativos à nossa capacidade de agir com suporte teórico e poucos recursos, ao incrementar estratégias para a melhoria da qualidade de vida e de saúde das populações.

“Embora a clientela da Terapia Ocupacional ainda seja constituída, em sua maioria, por aqueles considerados ‘diferentes’ (as pessoas com deficiência, os doentes crônicos, os loucos etc.), novas populações têm sido atendidas por meio de ações inovadoras dos terapeutas ocupacionais, sejam pacientes com quadros clínicos agudos e de recuperação mais rápida, sejam sujeitos em condição de risco pessoal e/ou social”¹⁸ (p. 37-38).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da Terapia Ocupacional junto a novas demandas populacionais redesenhou seu perfil profissional na medida em que sua identificação com o público-alvo lhe permitiu tornar-se não apenas uma prática disciplinar, mas uma prática de emancipação e de resgate de direitos.

O engajamento em projetos políticos e de democratização da sociedade brasileira legitimou a profissão por sua adesão à clientela, assim como lançou desafios à categoria de terapeutas ocupacionais quanto à produção teórica e técnico-científica relativa à criação tanto de um periódico nacional como de programas de mestrado específico em terapia ocupacional, de modo que o objeto de trabalho seja mais bem pesquisado e a fundamentação teórica profissional tenha maior consistência e repercussão nos cenários nacional e latino-americano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reed K, Sanderson SR. Concepts of Occupational Therapy. Baltimore/London: Williams & Wilkins, 1980. p.186.
2. World Federation of Occupational Therapy; Associação Brasileira de Terapia Ocupacional; Centro de Estudos de Terapia Ocupacional – Ceto. Definições de Terapia Ocupacional. Lins: Faculdades Salesianas de Lins, 2003.
3. Soares, LBT. Terapia ocupacional. Lógica do capital ou do trabalho. S. Paulo: Hucitec, 1991, p. 118.

4. Hagedorn. Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional. S. Paulo: Dynamis Editorial, 1999. p. 14.
5. Medeiros MHR. Terapia Ocupacional. Um enfoque epistemológico e social. S. Carlos: EDUFSCar; S. Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p. 6.
6. Nascimento BA. Loucura, trabalho e ordem. O uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas. S. Paulo: PUC, 1991. (Dissertação de mestrado.) p. 66.
7. Lancman S. Loucura e espaço urbano. Franco da Rocha e o Asilo de Juqueri. S. Paulo: Te Corá Ed., 1999. p. 34.
8. American Journal of Occupational Therapy—AJOT, 31 (10), nov.-dez., 1977. (Edição comemorativa do 60.º aniversário da AOTA.)
9. Akashi LT, Dakuzaku RY. Pessoas com deficiência: direitos e deveres. In: Felicidade N.(org.). Caminhos da cidadania – um percurso universitário em prol dos direitos humanos. S. Carlos: EDUFSCar, 2001. p.33.
10. Maroto GNV. Terapia Ocupacional: discurso e prática no Estado de S. Paulo. S. Carlos: UFSCar, 1991. (Dissertação de mestrado.)
11. Dunton Jr WR. History and development of Occupational Therapy. In: Williard HS, Spackman CS. Occupational Therapy. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1942:1-6.
12. Magalhães LV. Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição. Campinas: Unicamp, 1989. (Dissertação de mestrado) p. 97.
13. Suliano Filho M. et al. Ocupoterapia na saúde mental. Fortaleza: Imprensa Oficial do Ceará, 1982. p. 206.
14. Benetton J & Ferrari S. Editorial. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. S. Paulo, 1995, v. 1, n. 1, p. 4.
15. Jorge RC. Editorial. Cadernos de Terapia Ocupacional, 1989, ano 1, n. 1, p. 1.
16. Lopes RE, Leão A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações em saúde. Rev Ter Ocup Univ São Paulo v. 13, n. 2, p. 56-63.
17. Emmel MLG, Lancman S. Quem são nossos mestres e doutores? O avanço da capacitação docente em terapia ocupacional no Brasil. S. Carlos: Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar 1998, V.7 (1).
18. De Carlo MMRP & Bartalotti CC. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 37-8.