

Este estudo pioneiro trata de determinada prática social — a Terapia Ocupacional — no interior da divisão do trabalho em saúde na sociedade brasileira, e busca as razões que sustentam a terapêutica laborativa, para o capital.



EDITORA HUCITEC

4



ISBN 85-7715-61-8

### 3

## A REABILITAÇÃO NO ESTADO BRASILEIRO DE 1950 A 1980

A análise dos serviços de reabilitação no Brasil, nas últimas três décadas, nos reporta a entidades da sociedade civil, alguns hospitais e instituições públicas que, em determinadas conjunturas político-econômicas, absorveram a problemática de saúde e recuperação dos acidentados, doentes mentais e deficientes.

As concepções sobre o atendimento a ser prestado a essa população repercutem na estrutura posterior das instituições, que são transformadas de unidades asilares em entidades de reabilitação, nas quais se encontra inserida a terapia ocupacional. Os primeiros serviços especializados para deficientes e o atendimento aos doentes mentais serão tratados com maior profundidade por serem o berço da terapia ocupacional, além do que serão enfocados para se captar as práticas decorrentes do movimento internacional de reabilitação (cf. Soares, 1986c).

### AS RAÍZES DA REABILITAÇÃO NO BRASIL

As primeiras instituições brasileiras especializadas no atendimento de pessoas com incapacidades físicas, sensoriais ou doenças mentais foram fundadas na segunda metade do século passado. (Sec XIX)

Para os deficientes sensoriais, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (RJ), atualmente chamado Instituto Benjamin Constant, foi fundado em 1854, tendo sido "a primeira

instituição para a assistência à pessoa com deficiência" (Santos, 1984:14); logo após, em 1857, foi fundado também no Rio o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos que, neste século, recebeu o nome de Instituto Nacional de Educação dos Surdos. Em São Paulo, no início deste século, foi fundado o Instituto Padre Chico destinado ao abrigo dos deficientes visuais.

Além dessas entidades, na sede do Império e na Província de São Paulo, foram fundados os hospitais de lázaros (de hanseníase), mantidos pelos governos locais para isolamento de doentes e familiares.

Para os insanos mentais foi fundado o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852: hospital amplo, destinado aos doentes mentais de todo o país, foi construído na perspectiva do tratamento humanitário, moral<sup>24</sup>. A província pioneira no atendimento a seus doentes mentais foi São Paulo, que, no mesmo ano, inaugura, em uma casa alugada, o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo. A partir daí os insanos brasileiros foram retirados das cadeias e enfermarias das Santas Casas, sendo "abolidas as correntes que serviam para conter os furiosos" (Fraletti, 1973:173).

No Hospital D. Pedro II as ocupações eram realizadas nas oficinas de alfaiataria, marcenaria, sapataria, flores, e desfição de estopa. Estas ocupações nos parecem similares às atividades urbanas ligadas ao setor secundário e terciário da economia nacional.

Na virada do século (1898) inaugura-se a quarenta quilômetros de São Paulo o Hospital do Juqueri, com 1.400 alqueires, tendo sido criado e mantido pelo governo estadual

<sup>24</sup> Esta forma de tratamento teve sua ascensão com a Revolução Francesa e, no entanto, seu declínio ocorreu já no século XIX (sobre o tema ler Medeiros, 1989:34-58). Ainda assim, influenciou a emergente psiquiatria brasileira. O tratamento moral propunha a suspensão das punições corporais, do uso de grilhões, e a retirada dos alienados das prisões construindo-se um Asilo no qual a vigilância, a estrutura da rotina institucional, as ocupações realizadas em oficinas e formas sutis de punição constituíam os alicerces do tratamento.

para atender à demanda total de seus alienados. A direção era do psiquiatra Franco da Rocha, que, junto com Pacheco e Silva, seu sucessor, sob o nome de praxiterapia, introduziu o tratamento pelo trabalho, onde as atividades rurais, ligadas ao setor primário da economia, tiveram destaque.

Em 1911, fundam-se no Rio de Janeiro duas colônias: a masculina, posteriormente chamada de Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, e a feminina, chamada Centro Psiquiátrico Nacional, em Engenho de Dentro. Em ambas eram realizadas atividades rurais como plantio de frutas, hortaliças e criação de animais. Além disso, na colônia masculina funcionavam oficinas de ferraria, mecânica, elétrica, carpintaria e marcenaria, tipografia e encadernação, sapataria, colchoaria e vassouraria e, por fim, pintura de paredes. Na colônia masculina, portanto, as ocupações realizadas se diversificaram do setor primário ao terciário da economia nacional.

A partir da terapêutica pelo trabalho realizado no Hospital do Juqueri, posteriormente chamado de Hospital Franco da Rocha, o alienista Henrique de Oliveira Matos redigiu a tese inaugural da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, intitulada *Labortherapia nas Affecções Mentais*, em 1929. Esta tese, fundamentada no tratamento moral, também foi o marco inicial da produção científica brasileira em terapia ocupacional. Na primeira metade do século, os termos laborterapia, ergoterapia, praxiterapia e terapia ocupacional caracterizaram o uso terapêutico da ocupação. No entanto, após se constituírem a profissão e os cursos no Brasil, o termo *terapia ocupacional* tornou-se predominante.

Conforme o registro de Matos (1929:61-2), as ocupações realizadas pelos 403 dos 1.022 doentes eram múltiplas: a agricultura (plantações, pomares, hortas), pecuária, oficina mecânica, carpintaria, colchoaria, rouparia, fabricação de cigarros, construções de pontes e unidades hospitalares, limpeza, transporte de alimentos, conserto de roupas, costura, bordados, banda de música, artesanato, desenhos e escrita

de jornais internos. Dentre todas as ocupações, as atividades rurais eram as mais desenvolvidas, atendendo a um maior número de doentes. Matos declara:

"Preferimos o trabalho agrícola ao industrial, pois é mais higienico e mais vantajoso no ponto de vista therapeutico; além disso, a distribuição do trabalho é mais fácil ao trabalhador agrícola que ao operário industrial, principalmente nas condições economicas actuaes do Brasil" (1929:6).

A ocupação terapêutica predominante para os doentes mentais de São Paulo foi a atividade agropecuária simples com baixa utilização de equipamentos. Este fato sugere que o destino da mão-de-obra tratada no Hospital do Juqueri era o núcleo agrário da economia capitalista exportadora cafeeira cujo declínio em sua hegemonia foi marcado pelo êxodo de trabalhadores rurais às cidades para a estrutura produtiva urbano-industrial em ascensão (cf. Oliveira, 1972:9 e Cap. II:58-64).

A opção dos alienistas paulistas, a ser melhor analisada em trabalhos posteriores, pode traduzir a função econômica cumprida pelos doentes mentais recuperados no incremento da força de trabalho rural e/ou de seu exército de reserva no momento de declínio da hegemonia agrário-exportadora.

A assistência aos deficientes mentais brasileiros teve um início promissor no Estado de Minas Gerais, por iniciativa do governo estadual, quando foi introduzido na rede estadual de ensino, no ano de 1929, a educação especializada para crianças deficientes mentais e portadoras de problemas emocionais.

Helena Antipoff, psicóloga russa, foi convidada a integrar o grupo responsável pela formação e supervisão dos professores especiais na Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico. Ela se tornou uma agente importante de formação de recursos humanos para o setor, fomentando também a criação de entidades da sociedade civil destinadas ao atendimento do deficiente mental.

Em 1931, cria-se um sistema pioneiro de atenção ao doente mental: a Assistência a Psicopatas para o Estado de Pernambuco. Este modelo, com oferta diversificada de serviços, introduziu, também, a ocupação terapêutica no Nordeste. Ele era mantido por verbas estaduais e foi elaborado pelo neuro-higienista Ulisses Pernambuco. O sistema era constituído por um Ambulatório (o primeiro ambulatório público do país), um serviço aberto, um serviço de Higiene Mental; ao nível preventivo: um Hospital Psiquiátrico para casos agudos, um Manicômio Judiciário e duas Colônias Agrícolas; para crônicos: uma masculina, em Barreiros; e outra feminina, perto de Recife, depois denominada Colônia Ulisses Pernambuco. Esses serviços funcionaram com equipes multiprofissionais numa perspectiva de intervenção institucional e de ação comunitária extra-hospitalar (cf. Cerqueira, 1984:27-9), de modo a integrar a atenção preventiva, curativa e de reabilitação.

A reabilitação dos doentes mentais na colônia masculina se pautava no trabalho agropecuário. Lá os doentes moravam em casas que eles mesmos construíam, cultivavam suas roças, pescavam e ainda forneciam farinha para os outros hospitais do estado.

"Na Colônia as porcentagens de pacientes ocupados aproximavam-se às de Simon, cujo livro *Tratamiento Ocupacional de los Enfermos Mentales*, 1937, já traduzido para o espanhol, todos os discípulos de Ulisses se consideravam na obrigação de ler" (Cerqueira, 1984:28).

A ocupação terapêutica nos hospitais de alienados no Brasil foi relatada por Arruda (1962), Brunetto (1975), Castro (1961), Cerqueira (1965, 1984), Greco (1981), Lancman (1988) e Silveira (1976).

A ocupação terapêutica vinculada ao tratamento moral se alastra até as primeiras décadas do século XX, quando a concepção organicista da doença mental, que atribui etiologia anatômica, bioquímica ou endócrina às doenças mentais

torna-se hegemônica na psiquiatria. O doente mental vem a ser objeto de estudo clínico e cirúrgico, investigando-se as alterações encefálicas que seriam responsáveis pelas manifestações na conduta do doente mental. O uso da ocupação terapêutica torna-se descontinua tanto pela concepção psiquiátrica dominante que ora a desprestigiava, quanto pelas políticas públicas que ora continham seus recursos.

No primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-45), a orientação "contencionista" nas políticas sociais, aliada à centralização da política de saúde do Ministério da Educação e Saúde, promoveu a expansão de serviços para o interior do país (cf. Cap. II:63-7), só que às custas de falta de pessoal, corte de verbas para os hospitais públicos e superpopulação hospitalar. Além disso, o crescimento da industrialização promovida pelo Estado foi decorrente também do aumento da taxa de exploração da mão-de-obra garantida pela constituição do exército de reserva. Assim, a expansão da população excedente do capital (cf. Cap. I:45-9) a partir da força de trabalho rural e urbana deve ter declinado a necessidade econômica de reassimilação do doente mental à força de trabalho rural.

O Estado Novo e a mudança na ordem político-econômica piorou as condições de vida da população e reduziu as verbas para o setor de saúde. Essas medidas provocaram sérios prejuízos à assistência psiquiátrica brasileira, em especial ao serviço em Engenho de Dentro, RJ e à Assistência a Psicopatas de Pernambuco que sofreram, além da repressão, a prisão e o afastamento de inúmeros civis dos cargos públicos, entre eles a doutora Nise da Silveira e o doutor Ulisses Pernambuco. Com estas medidas, diminuídas as condições de tratamento e resistência de profissionais do setor, obteve-se a superpopulação hospitalar.

O grande aumento da população do Hospital do Juqueri, por exemplo, que ao final da década de 20 tinha cerca de 1.000 doentes, ocorreu no período de 1939 a 1942 "pela transferência de todos os alienados das cadeias do interior" conforme registra Fraletti, psiquiatra organicista, ex-diretor do Hospi-

tal (1973:183). Este autor, no entanto, considerou salutar a atitude do então interventor posto, que "desafogava" as cadeias separando os loucos dos presos comuns. Agravando um pouco mais o quadro da superpopulação, estavam as precárias condições de conservação dos hospitais e o número restrito e desinformado de funcionários.

A assistência aos doentes mentais foi levemente modificada somente no final do primeiro governo de Getúlio Vargas, quando este buscou implementar algumas políticas sociais visando obter o apoio popular a seu governo.

Em 1944, é promulgado o Regulamento de Lei que estrutura o Serviço Nacional de Doenças Mentais e reconhece a existência de serviços abertos, fechados e mistos. Apesar de a regulamentação prever os ambulatórios psiquiátricos, estes não foram implantados<sup>25</sup>.

Os programas para os incapacitados físicos só emergem a partir do movimento internacional de reabilitação, nos anos 40. Segundo a análise da terapeuta ocupacional norte-americana, Anne C. Mosey (1979:47), o movimento de reabilitação existiu em função das falhas nas instituições sociais, família, escola e medicina organizada. A independência, possibilitada pelos programas de reabilitação, a vantagem econômica para a sociedade e o aumento no número de pessoas incapacitadas pelo próprio avanço da ciência, impulsionado pelos veteranos de guerra incapacitados, transformaram a reabilitação no terceiro nível de atenção à saúde, praticada a partir da instalação da incapacidade (por deficiências congênitas, moléstias crônicas, acidentes de trabalho, de trânsito, domésticos ou pelas doenças ocupacionais).

O discurso sobre a Seguridade Social e a visão assistencialista da incapacidade são assimilados pela Previdência

<sup>25</sup> A tendência à superlotação continuou tanto que em 1953, conforme denunciou Gonçalves (1964:88-9), adepto da comunidade terapêutica, o volume de internações no Estado de São Paulo era de 14.348, passando em dois anos a 17.250. Deste total 90% estavam superlotados no Juqueri cuja capacidade era inferior à metade.

120 Social brasileira encobrir a necessidade dos países europeus de reincorporarem parcela da mão-de-obra acidentada ou inválida à sua força de trabalho ativa, resultado, em parte, da mortalidade advinda na Segunda Guerra Mundial e, em parte, da resposta do Estado à sua crise econômica e social (ver Cap. II:69-73).

A leitura das determinações da base econômica sobre este fenômeno social, a reabilitação do incapacitado, usualmente não é realizada pela literatura da área da saúde; e, quando ocorre, o econômico se vincula à reabilitação no interior das instituições da superestrutura como, por exemplo, na redução de gastos da Previdência Social com a reabilitação de seus aposentados por invalidez. Esta lógica, a economicista, relatada no capítulo anterior (80-1), identifica algumas relações superestruturais mas, por ser mais mecânica e superficial, necessita ser reinterpretada à luz de sua relação primordial com a base econômica.

Na tentativa de fazer esta vinculação, identificamos que os serviços de reabilitação profissional subsidiados pelo governo norte-americano foram destinados inicialmente aos veteranos da Primeira Guerra (lei de 1917), no ano seguinte, aos acidentados da indústria (lei de 1918 e 1919), e durante a década seguinte, estes serviços foram ampliados à população civil (lei de 1920 e de 1923).

No entanto, a depressão econômica dos anos 30 constituiu um período de crise e desvalorização da reabilitação de incapacitados, mesmo ao nível legislativo, que estabeleceu medidas restritivas, de um lado, ao emprego dos incapacitados na indústria e, de outro, à produtividade das indústrias hospitalares e oficinas protegidas, que passaram a funcionar a partir de então através do "princípio de manufatura para uso do Estado" (Scullin, 1975:9), i.é, produtos não comercializáveis, para consumo interno. Ora a força de trabalho dos incapacitados era absorvida na produção, ora era mantida na retaguarda, nas oficinas protegidas de trabalho dos hospitais e entidades.

Esse vaivém dos trabalhadores incapacitados no mercado

de trabalho traz evidências de sua dependência direta ao momento em que se encontra a economia. Quando existe expansão econômica os incapacitados são absorvidos, caso contrário, não o são. A força de trabalho dos incapacitados, portanto, faz parte do exército de reserva e interfere nele, pois é regulada pelo momento econômico do país.

O papel regulador da força de trabalho dos incapacitados no exército de reserva se tornou mais nítido durante a Segunda Guerra Mundial, quando a América do Norte viveu um aumento na produção de bens (principalmente armamentos), absorvendo maciçamente os incapacitados à população economicamente ativa.

O relato, ainda que longo, de Salazar y de Agüero (1956:36-7) é bem elucidativo:

"Frente à escassez de braços e graças às urgências da guerra, milhares de deficientes foram desempenhar as funções industriais que ficaram vagas ao irem engrossar as fileiras do Exército, Marinha e Aeronáutica os indivíduos normais que antes as ocupavam. (...) Ao final de 1942 — durante a Segunda Guerra — a indústria absorveu tal número de lesados que parecia que somente os incapacitados severos não teriam trabalho; os lesados chegaram a ser vistos mais como elementos de êxito do que como elemento passivo no ambiente social e econômico da América do Norte" (tradução livre).

Durante esse período, os serviços de reabilitação, a medicina física e a terapia ocupacional voltada às disfunções físicas tiveram grande expansão nas entidades públicas, Forças Armadas, instituições filantrópicas e particulares, sustentadas pelas taxas das companhias de seguro, segundo relatam Scullin (1975:12) e Salazar y de Agüero (1956:36).

As evidências já apresentadas levam a crer que existe uma relação diretamente proporcional entre a expansão dos serviços de reabilitação com a carência de mão-de-obra na

economia, requerendo, entretanto, maiores pesquisas sobre o vínculo da reabilitação com a base econômica.

Um outro fato que nos alertou para esta vinculação econômica foi o artigo de Francisca Maltese (s.d.:7), que descreve o processo de instalação da linha de montagem na primeira década nos Estados Unidos, na indústria automobilística Ford.

Para vencer a resistência dos assalariados ao parcelamento e desqualificação técnica dos operários, a empresa contratou deficientes físicos e sensoriais para a linha de montagem. A adaptação destes àquela nova forma de produção forjou argumentos persuasivos que enalteciam a linha de montagem pela facilidade do trabalho individual. Assim, obteve-se um enorme afluxo de trabalhadores sadios para esta atividade industrial em expansão. Desta maneira foi implantado este novo processo produtivo, destituindo-se os antigos operários especializados pelos trabalhadores desqualificados.

A força de trabalho dos incapacitados tem sido usualmente utilizada em condições insalubres de trabalho, em formas de produção que enfrentam resistência dos assalariados, em outras ocupações desvalorizadas pela força de trabalho ou, ainda, em última instância, no exército de reserva, conservando os baixos salários da parcela de trabalhadores contratada, que passa, então, a ser influenciada diretamente pelas políticas econômicas e sociais capitalistas.

No seu vaivém histórico, a necessidade de reabilitação tem sido determinada pelo modelo econômico, que, ao promover condições insalubres de vida e trabalho, ainda favorece o crescimento da população enferma e de incapazes para o trabalho e novos contingentes marginais, além de, em determinados momentos específicos, requisitar a absorção de parcelas do exército de reserva estagnadas, onde está parte dos incapacitados.

Em outros momentos, a necessidade de reabilitação cumpre funções no plano político-ideológico, quando as instituições e programas governamentais em sua aparente neutra-

lidade face aos contraditórios interesses de classe se propõem minorar os efeitos negativos da industrialização, "reparando" as desigualdades sociais através do atendimento a necessidades específicas de saúde, sem alterar, de outro lado, as condições e os ambientes de trabalho e de vida que promovem a incapacidade ou a própria política econômica que gera o crescente pauperismo.

Na segunda metade deste século surgem os primeiros serviços de reabilitação brasileiros que se estabeleceram em alguns hospitais gerais e psiquiátricos, seguidos das entidades beneficentes para o deficiente e dos programas de reabilitação profissional efetivados em alguns institutos da Previdência Social. O governo brasileiro, diferentemente dos países centrais, adotou o programa reabilitador anterior a uma expressiva demanda interna. Esta medida incrementou a dependência econômico-tecnológica aos países centrais e veio cumprir funções a nível político-ideológico.

A reabilitação era, então, definida pela Organização Internacional do Trabalho, OIT, em 1954, como o

"conjunto de medidas físicas, mentais, sociais, profissionais e econômicas que objetivava o desenvolvimento da capacidade do indivíduo deficitário de modo que esteja apto para, por si só, prover sua própria subsistência" (Carvalho, 1960:5).

A finalidade específica da reabilitação, segundo a definição da OIT, é tornar o indivíduo "deficitário" apto a prover sua subsistência, ou seja, o indivíduo deve desenvolver sua capacidade restante de modo que a Previdência Social esteja isenta de sua manutenção e que ele próprio adquira condições de se auto-sustentar, ainda que ao nível de subsistência. Segundo outra definição menos polêmica adotada pelo Conselho Nacional de Reabilitação dos E.U.A., em 1953,

"Reabilitação é a restauração do incapacitado ao uso, o mais completo possível, do que ele for capaz, tanto sob o

ponto de vista físico e mental, como social, profissional e econômico" (Idem, ibidem:5).

Nesta conceituação, e em muitas outras, são fundamentais as noções de recuperação, capacidades não desenvolvidas e enfoque profissional e econômico. Nos países onde a legislação social assegurou a manutenção pelo Estado das pessoas incapacitadas, os serviços de reabilitação públicos ou privados contribuíram para a "autonomia" financeira do incapacitado ou, pelo menos, do sistema de pensões previdenciárias.

Quase a totalidade dos locais buscou seguir o modelo reabilitador estrangeiro chegando-se, mesmo, à cooperação técnica e orientação direta. Foi assim que a introdução dos serviços de reabilitação veio corroborar a mudança da concepção de saúde vigente, de um modelo estritamente biológico à sua integração ao psicológico e social.

"[...] a saúde não se atém apenas às condições de equilíbrio fisiológico do indivíduo. Transcende em muito a idéia estritamente clínica da doença. Nela, o homem deve ser considerado como um todo indivisível em seus atributos biológicos e sociais" (Vital, 1978:1-2).

Inerente a esse modelo intervencionista de reabilitação, dois conceitos são igualmente superados: primeiro, de que as doenças crônicas, as deficiências físicas e as moléstias mentais não possuem tratamento que previna seqüelas ou recupere incapacidades e, segundo, de que o atendimento à saúde é sinônimo de tratamento médico. A introdução de outras profissões cuja meta é o trabalho em equipe associa-se à divisão do trabalho no setor de saúde.

As iniciativas da sociedade civil por meio das entidades beneficentes adquiriram um papel de destaque, já que a ação planejada em reabilitação por parte do governo brasileiro não vem ocorrer a médio ou a longo prazo, de sorte que, até o presente momento, grande parte da população — das zonas urbanas e rurais e das distintas regiões — não tem acesso

aos serviços de reabilitação bem como às medidas profiláticas e educativas específicas. O "desinteresse" governamental transparece na não-inclusão dos serviços de reabilitação no rol das políticas sociais e no não-cumprimento da tênue legislação em vigor.

Outra dificuldade enfrentada pelas entidades de reabilitação foi a falta de pessoal técnico especializado, que produzisse uma intervenção multidisciplinar face à problemática da clientela. De um lado, os médicos, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos — categorias mais antigas no Brasil — não contavam com nenhuma formação teórico-prática em reabilitação. De outro lado, os terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, orientadores profissionais e técnicos em prótese e órtese não existiam no mercado de trabalho e inexistiam também os respectivos cursos de formação.

Muitos dos profissionais requeridos foram formados a partir de supervisão e orientação médica sobre o conhecimento clínico das patologias e a partir de publicações estrangeiras que explicitavam os princípios e métodos de tratamento específicos.

O ressurgimento da ocupação terapêutica e de outras práticas em reabilitação até o final dos anos 70 será tratado em tópicos autônomos, porém complementares, a saber:

- a revolução técnico-científica e a reabilitação;
- os serviços de reabilitação na área hospitalar;
- a reabilitação nas entidades filantrópicas e particulares;
- a reabilitação no interior das políticas sociais.

#### A REVOLUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA E A REABILITAÇÃO

A racionalização do trabalho traz sérias conseqüências para a saúde do trabalhador (cf. Cap. I.:42-9) ao aumentar a produtividade e submeter o assalariado a condições adversas de trabalho, onde os acidentes e as doenças ocupacionais emergem, além de expandir o exército de reserva e as popu-

lações marginais pelo decréscimo na taxa de absorção da força de trabalho.

Além disso, o avanço técnico-científico em saúde, ao desenvolver novos instrumentos, materiais e técnicas, tem prolongado o tempo de vida das pessoas acometidas por doenças crônicas e incapacitantes, criando necessidades novas a serem resolvidas pelas práticas de saúde.

A divisão técnica na área de saúde e o regime de capitalização do setor privilegiam o hospital como espaço institucional e, apesar de o trabalho em saúde ser de caráter intensivo, incrementaram ao custo da produção da saúde os insumos industrializados. É nesta medida que a revolução técnico-científica encareceu o custo dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que ampliou sua abrangência sobre as necessidades da população, bem como as funções sociais desempenhadas por eles.

A revolução técnico-científica fortaleceu o hospital e o tornou hegemônico em relação aos demais espaços institucionais, avançou no sentido de transformar o hospital geral, já fortalecido, em hospital de clínicas especializadas segundo a problemática da clientela, de incentivar as especializações médicas e dos demais técnicos, e os equipamentos e materiais industrializados.

O processo de especialização hospitalar avança rapidamente em direção ao atendimento de doentes agudos em detrimento aos crônicos, que exigem longo tempo de internação. Neste último grupo destacam-se a doença mental, a tuberculose, que já haviam conquistado seu espaço institucional próprio, na maioria das vezes sob custeio do Estado.

Os hospitais particulares absorvem a polêmica norte-americana sobre o atendimento às doenças crônicas, de longa permanência hospitalar, e que são mais prevalentes entre as pessoas idosas.

A *Revista Paulista de Hospitais*, órgão de divulgação da Associação Paulista de Hospitais, entidade mantida por empresários e administradores hospitalares, no ano de 1953 inaugura a seguinte polêmica:

Qual o melhor local para o atendimento dos crônicos — o hospital geral ou o especializado? O público, com estrutura e recursos limitados, ou o particular, em maior número, recebendo subsídios públicos?

Com o incremento da industrialização, urbanização e concentração de renda, o tempo de vida médio do brasileiro também aumentou, principalmente nas classes dirigentes. Desta forma, as doenças crônicas — moléstias do sistema nervoso (de maior incidência), do aparelho digestivo, respiratório, locomotor (cf. Hilary, 1953:29) — tornam-se um "filão de ouro" pretendido pelas empresas médicas junto à Previdência Social.

Durante toda a década de 50, esta associação promoveu a ampla divulgação dos serviços existentes em reabilitação, pessoal técnico necessário e condições para implantação dos diversos setores.

Ao final dos anos 50, Silas Braga Reis, em artigo publicado nessa revista, defende a necessidade de hospitais especializados para as deficiências motoras. Ao analisar o custo do leito-dia dos pacientes paraplégicos internados na Ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo, hospital para agudos e crônicos, e dos tuberculosos do Hospital do Mandaguí de São Paulo, hospital especializado para tuberculosos, mesmo ponderando as especificidades técnicas necessárias a cada clientela, ele prova que, no primeiro caso, o custo unitário do leito era aproximadamente 600% superior ao custo do paciente internado do hospital especializado. E as justificativas ficavam entre a existência de recursos materiais e humanos próprios aos agudos e não utilizáveis pelos crônicos e a menor produtividade na utilização dos recursos na assistência do hospital geral.

O autor conclui, apresentando uma proposta global de estrutura, pela necessidade de criação de hospitais para pacientes crônicos do aparelho locomotor, a exemplo do que já ocorrera nos Estados Unidos. E justifica:

"Estamos vivendo dias de especializações em todos os sentidos. O Hospital não pode afastar-se desta diretriz

sem sofrer sérios prejuízos. A especialização acelera a produção e melhora a qualidade, conseqüentemente, baixa o custo dessa mesma produção" (Reis, 1958:30).

A lógica do capital é absorvida pelos administradores hospitalares, bem como pelos demais técnicos que, por sua vez, o difundem à população. Outro fator de desenvolvimento da reabilitação no Brasil, especificamente da função motora, foi a indústria de equipamentos médico-hospitalares. Segundo a definição da multinacional Baumer QBS, desde 1921, no Brasil, esses equipamentos e materiais (excetuando-se os aparelhos para casos de audição, visão e lesões cardíacas) eram aqueles destinados

"[...] à reabilitação de indivíduos com incapacidades físicas provenientes de amputações, fraturas e malformações congênicas ou adquiridas e suas seqüelas" (1959:81).

Os equipamentos e materiais específicos para a área podem ser subdivididos em três grupos (conforme figura da página seguinte):

Grupo I — A recuperação — total ou parcial — a partir da intervenção cirúrgica ou da hospitalização. Este grupo é constituído de instrumental, próteses inclusas, aparelhos de tração, pulmão de aço etc.

Grupo II — A reabilitação é realizada através de aparelhos e equipamentos especializados. Inclui os aparelhos para mobilização do paciente em centros de reabilitação e também os aparelhos adaptados aos reabilitandos: de prótese, órtese e adaptações para as atividades de vida diária e prática (pratos e talheres adaptados, escovas, calçadeiras, pegadores de objetos etc).

Grupo III — Elementos auxiliares que complementam os grupos anteriores, como as cadeiras de rodas, muletas, barras para parede, elevadores de pacientes etc.

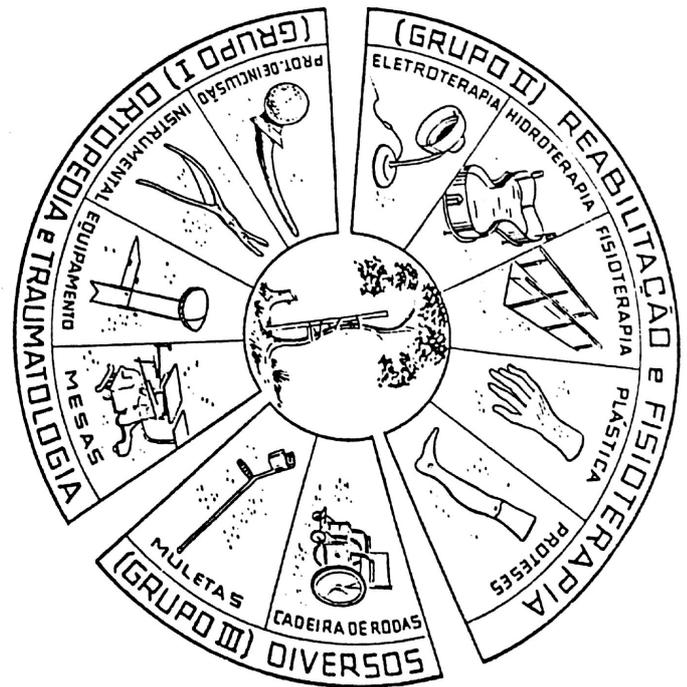


Figura 1 — Modelos de equipamentos médico-hospitalares próprios para a reabilitação (Baumer, 1959:81).

No centro da figura acima está o símbolo da Ortopedia, elaborado em 1749 por N. Andry no livro *A Ortopedia ou a arte de corrigir nas crianças as deformidades do corpo* (apud Foucault, 1977:32), que evidencia a relevância desta especialidade para o setor industrial. Ainda neste artigo, a empresa afirma:

"Onde a reabilitação e a ortopedia ocupam lugar de destaque na saúde pública (nos Estados Unidos a indústria médico-hospitalar é considerada a 'terceira força' industrial do país), vemos companhias que se especializam na fabricação de um único item dos milhares que compõem a Reabilitação. Isso é possível, nesses países, graças ao elevado consumo e onde 'todo cidadão tem direito a um mínimo de conforto e assistência'" (Baumer, 1959:82).

No Brasil, a Baumer, detentora da tecnologia apropriada, foi a única indústria voltada à produção e comercialização de todos os itens descritos anteriormente durante várias décadas. Este fato decorreu, segundo ela, da variedade dos itens, do baixo consumo, do número reduzido de centros de reabilitação e do baixo poder aquisitivo da população. Concluindo, este ramo industrial dependeu e requisiu o desenvolvimento do setor de reabilitação, tanto através da iniciativa privada quanto pública.

#### OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NA ÁREA HOSPITALAR

A ocupação terapêutica é retomada nos hospitais psiquiátricos brasileiros agora com o nome de terapia ocupacional, profissão constituída nos Estados Unidos na segunda década do século XX, com indicações sistematizadas e atendendo a casos agudos.

A primeira definição formal da profissão, elaborada em 1922, e mantida até os anos 70, foi a do médico H. A. Pattison:

"Dr. Pattison definia terapia ocupacional como 'qualquer atividade, mental ou física, claramente prescrita e orientada para o objetivo específico de contribuir para o tratamento e acelerar a recuperação de uma doença ou traumatismo'" (Reed, 1980:2)

A ocupação terapêutica retorna à baila em psiquiatria pela incorporação, na corrente organicista, do enfoque psico-

terápico de Simon, ou na absorção da corrente fenomenológica de Schneider, ou na neurológica de Jackson (Henry Ey, Paul Sivadon), ou, ainda, nas correntes de base analítica, a psicanálise de Freud e a psicologia analítica de Jung (cf. Silveira, 1976:5-18).

Segundo tese de Jaime Gonçalves, *Do Asilo à Comunidade Terapêutica: contribuições para o estudo da terapêutica ocupacional e esquizofrenia* (1964:88-9), o hospital psiquiátrico limitara-se nas últimas décadas a apenas vigiar e a custodiar os pacientes, aliás, função precípua deles mesmos. Os profissionais especializados eram os médicos, que, por seu turno, também enfrentavam sérias dificuldades.

"[...] O número de médicos em relação aos pacientes é ínfimo, além do que, boa parte deles não é psiquiatra. [...] Via de regra, um médico tem, sob sua responsabilidade, centenas de doentes" (Gonçalves, op. cit., 90).

A predominância de médicos não psiquiatras no Hospital do Juqueri, por exemplo, foi decorrência da hegemonia da linha organicista da doença mental que, ao entendê-la incurável, privilegiava pesquisas anatomopatológicas buscando desvendar a natureza orgânica da doença e, a partir daí, a intervenção clínico-cirúrgica apropriada.

Se, de um lado, os médicos nos hospitais psiquiátricos eram numericamente reduzidos, de outro, para se ampliar as perspectivas de atendimento dessa superpopulação requeria-se também o treinamento em serviço de seus funcionários. A ocupação terapêutica volta a ser aplicada novamente por funcionários que recebem a supervisão médica.

No ressurgimento da ocupação terapêutica em psiquiatria tem destaque o trabalho desenvolvido pela psiquiatra Nise da Silveira, no Serviço de Terapia Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional, em Engenho de Dentro, RJ, em 1946.

"A finalidade desse serviço era a de beneficiar o doente com uma ocupação livremente escolhida, metodicamente

dirigida e só eventualmente útil ao hospital" (Brunetto, 1975:215)

Neste serviço, iniciaram-se trabalhos com pacientes agudos, superando a visão anterior de que a ocupação terapêutica só era destinada aos crônicos. As atividades desenvolvidas eram bem variadas<sup>26</sup>, agrupando-se em oficinas que envolviam o esforço característico do trabalho (marcenaria, sapataria, encadernação, costura, trabalhos agrícolas etc.); atividades expressivas (pintura, modelagem, escultura, música, dança etc.); atividades recreativas (jogos, festas, passeios, rádio) e atividades culturais (escola, biblioteca).

A psicologia analítica de Jung era o fundamento teórico sobre a doença mental aliada às bases psicodinâmicas do uso terapêutico de atividades, de Fidler.

As atividades são acompanhadas pelo monitor de uma oficina que, hábil no seu ofício, requer conhecimento de psiquiatria e teoria da terapia ocupacional para não se entusiasmar pelo "doente bom" (aquele que é capaz de uma produção quase normal) e não desistir do paciente regredido "por perder tempo e material" (cf. Silveira, 1976:37). Os monitores do Serviço e demais interessados foram formados em terapia ocupacional por cursos realizados em 1948, 1953, 1961 e 1979, no próprio local.

Em 1952 foi fundado o Museu de Imagens do Inconsciente, a partir dos trabalhos plásticos produzidos pelos esquizofrênicos nas oficinas,

"Aberto não só a psiquiatras, mas também a antropólogos, artistas, críticos de arte e educadores interessados pelos problemas da psicologia profunda e da atividade criadora" (Id. *ibid.*:41).

<sup>26</sup> O serviço de terapêutica ocupacional em Engenho de Dentro funciona até hoje, embora em meados dos anos 80 tenha sido introduzida outra abordagem de tratamento ocupacional concorrente a este, disputando o espaço institucional.

Pelo seu alto valor técnico foi criada a Sociedade Amigos do Museu de Imagens do Inconsciente de tal modo que ele tem sobrevivido às intempéries de verbas públicas e se mantido em atividade.

A Casa das Palmeiras, entidade civil sem fins lucrativos, criada em 1956, tornou-se a extensão do serviço, atendendo os egressos a nível ambulatorial. Lá o principal método de tratamento é a ocupação terapêutica em seu amplo sentido.

No ano de 1961, o Decreto 51.169, do Presidente Jânio Quadros, previa que a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação — STOR, de Engenho de Dentro, chefiado por Nise da Silveira, receberia recurso, estabeleceria planos de aplicação e formaria pessoal especializado em terapêutica ocupacional para todos os hospitais psiquiátricos integrados ao Sistema Nacional de Doenças Mentais, do Ministério da Saúde. Entretanto, após a renúncia de Jânio, este decreto não foi implantado, permanecendo os serviços de terapêutica ocupacional do país isolados e em número reduzido. Por outro lado, nesse ano foram instalados alguns ambulatórios-piloto no país a partir do Regulamento promulgado em 1944.

O trabalho desenvolvido por Nise da Silveira foi divulgado na *Revista Brasileira de Saúde Mental*, em 1966, e posteriormente foi editado sob o título: *Terapia Ocupacional — Teoria e Prática*, em 1976.

Essa abordagem durante muitas décadas foi bastante marginalizada, quer seja no meio psiquiátrico tradicional (vide Padovani; Leconte e outros, apud Cerqueira, 1965:130-5), onde o enfoque medicamentoso da doença mental era fortalecido pelas multinacionais da indústria farmacêutica<sup>27</sup>, quer seja pela visão psicanalítica ortodoxa. A abordagem junguiana ainda hoje é uma corrente minoritária na área de saúde mental.

<sup>27</sup> Sobre o tema a Dra. Nise da Silveira, aposentada desde 1975, mas ainda ativa nos estudos e pesquisas declara em entrevista realizada em 21/5/86: "As multinacionais da indústria farmacêutica controlam a psiquiatria. Vivemos a pior fase do obscurantismo na psiquiatria".

No meio terapêutico ocupacional o trabalho desenvolvido pela doutora Nise da Silveira e sua equipe foi marginalizado até a década de 80, conforme reitera Magalhães (1987:77-81). Este fato nos parece ser decorrência da orientação organicista predominante nos cursos de saúde e da lógica privatizante na política de saúde, que absorveram abordagens sintomatológicas mais adequadas à rotatividade e pequena permanência na internação sem retaguarda ambulatorial. Acrescenta-se ainda o corporativismo dos terapeutas ocupacionais que se viam "ameaçados" pelo volume de pessoas formadas sob outra concepção teórica, competindo no mercado de trabalho<sup>28</sup>.

Um outro serviço psiquiátrico no Rio de Janeiro vem introduzir o Setor de Praxiterapia, o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (atualmente Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ), em 1957. Após poucos meses de sua criação, o setor é chefiado pelo psiquiatra Luís Cerqueira, ex-aluno de Ulisses Pernambuco e, naquela ocasião, há quinze anos trabalhando com ocupação terapêutica. Nessa unidade psiquiátrica, vários estudos foram realizados por docentes, internos e doutorandos, crescendo a produção científica brasileira em terapia ocupacional. Dentre estes trabalhos, destacam-se as teses de Arruda (1962), Castro (1961), Cerqueira (1965) e o trabalho de Correa (1964).

Em outros Estados da federação, o processo de reintrodução da ocupação terapêutica ocorre com nomes diversos em algumas unidades psiquiátricas de escolas médicas como: praxiterapia, na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (Othon Bastos apud Cerqueira, 1965:108); terapia ocupacional, no Hospital Diurno do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Cione, Minzone e Azou-

<sup>28</sup> A redescoberta deste trabalho se associa à emergência de um novo modelo de formação de terapeutas ocupacionais, que analisa várias concepções teóricas em busca da superação da crise do modelo médico e da política de saúde vigente.

bel Neto, 1966:219-30), em 1961; terapia ocupacional, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Hauck, 1986:8); pela introdução do trabalho em hospital público, como no Hospital Colônia de Natal — RN, encaminhado por Suliano Filho (1963); — pela ambientoterapia, na Clínica Pinel — RS, por Marcelo Blaya; — por atividades em geral, como no Sanatório Américo Bairral, em Itapira — SP; ou, ainda, na Clínica Bela Vista, do Rio de Janeiro, por Oswaldo dos Santos (1964) (cf. Cerqueira, 1965:26).

O panorama global da assistência psiquiátrica é modificada a partir da unificação dos IAPs no INPS, quando os hospitais particulares são conveniados ao sistema e amplia-se o número de leitos oferecidos, delimitam-se os dias de internação pelo quadro nosológico, ao mesmo tempo em que os doentes passam a rodiziar de hospital a hospital, sem assistência ambulatorial que evitasse a reinternação e promovesse a saúde mental.

Além disso, em 1971, inspirada no sistema de convênios da Previdência Social com os hospitais particulares, a Secretaria de Saúde de São Paulo resolve distribuir de quinze a dezoito mil pacientes internos dos vários hospitais do Juqueiri, em uma série de hospitais particulares e beneficentes com os quais passa a se conveniar, cuja capacidade média de lotação era de duzentos leitos.

O pronunciamento de Milton Sabbag, presidente do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais, é bastante "convicente" quanto à validade dessa opção política do governo paulista.

"[...] dezenas de pequenos hospitais privados e beneficentes, que corresponderam a esta convocação e sobre os quais passou [a Coordenadoria de Saúde Mental] a exercer uma fiscalização continuada e progressiva. Com isso obteve-se uma sensível melhora na qualidade da assistência com acentuada redução de despesas" (1983:12).

Se melhorias houve, conforme o autor faz menção, foram quanto à dimensão geográfica da institucionalização da loucura. Ou seja, ao invés de a cronificação institucional ocorrer num único local, ela passou, a partir de então, a residir em guetos menores e variados, nos quais assegurou-se a segregação e mascarou-se a inexistência de programas de saúde mental vinculados a medidas econômicas favoráveis à força de trabalho. Estas medidas também foram adotadas por outras secretarias estaduais.

Outros hospitais, além do psiquiátrico, introduzem atividades recreativas e trabalhos manuais visando a redução dos efeitos da hospitalização. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — HC-USP — na década de 40, realizava com os pacientes internados um programa de laborterapia sob os cuidados do Serviço Social:

"Então nós, do Serviço Social, verificamos que os pacientes (que ficavam muito tempo internados) tinham problemas de adaptação e ficavam na ociosidade. Ai começamos a desenvolver um programa de laborterapia com os pacientes: trabalhos manuais, shows, teatro, cinema, inclusive fazíamos festas na enfermaria" (Hauck, 1986:1).

Pautada nesta experiência, Lourdes F. Carvalho, médica de orientação organicista, professora do curso de Administração Hospitalar da Universidade de São Paulo, apresenta uma proposta de montar o serviço de terapêutica ocupacional, "[...] individualizado, em estreito entrosamento com o Serviço Social e o Serviço de Fisioterapia" (Carvalho, 1953:19).

Quanto ao exercício desta nova especialidade, a autora propunha sua realização por um médico treinado nesse setor ou por terapeuta ocupacional formado em cursos específicos de um a três anos de duração.

A partir de 1951, o HC-USP envia alguns de seus técnicos aos Estados Unidos para se especializarem em reabilitação; esses técnicos introduziram entre nós, após o regresso, novas

abordagens. Dentre eles, estava a assistente social e enfermeira Neyde Tosetti Hauck, que foi estudar terapia ocupacional na New York University, estagiando em vários hospitais daquele país.

Os técnicos, ao retornarem, eram lotados na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas, inaugurada em 1953 e dirigida pelo professor Godoy Moreira. Ai se estruturou um amplo programa de reabilitação voltado às várias clínicas, além de cursos de formação técnica (dentre eles o curso, de um ano, de formação de fisioterapeutas, para as necessidades internas).

O desenvolvimento posterior dos serviços de reabilitação do Hospital das Clínicas está intimamente ligado à criação e extinção do Instituto de Reabilitação, centro de demonstração e formação de pessoal instalado com a assessoria da Organização das Nações Unidas, da Organização Mundial de Saúde e da Organização Internacional do Trabalho e ligado estatutariamente ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da USP. O Instituto de Reabilitação, dado seu papel relevante na formação de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e outros técnicos em reabilitação física durante seu funcionamento — de 1956 a 1968 — quando foi extinto, será analisado no capítulo seguinte.

Outros hospitais paulistas também empregavam a recreação com os doentes; por exemplo, o Hospital São Luís Gonzaga, para tuberculosos, ligado à Santa Casa de São Paulo e os Hospitais-Sanatórios da Divisão do Serviço de Tuberculose de São Paulo (cf. Borba, 1954:21); além disso, a recreação era indicada para hospitais de tuberculose, câncer, lepra, moléstias nervosas ou, ainda, para idosos (Almuree, 1954:11 e Louzã, 1954:25).

Ao final da década de 50, em Belo Horizonte, era fundado o Hospital Arapiara, entidade montada por médicos voltados para a medicina física e de reabilitação. Esta entidade particular destinou-se à reabilitação física infantil e do adulto. Para garantir a consecução de um programa multidisciplinar

19  
 A Abelha  
 da  
 Borboleta

de  
 reabilitação

conveniu-se à Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, em 1961, para a formação de técnicos em fisioterapia e terapia ocupacional (Pitanguy e outros, 1986:1), bem como para oferecer residência em fisioterapia (Fonseca, 1973:19). Este tipo de hospital, especializado em doenças do aparelho locomotor, reforça a orientação técnico-científica da saúde e o seu processo de capitalização. A instalação de serviços especializados, a formação teórica e supervisão de estágios dos alunos de terapia ocupacional eram feitas pelos médicos; após 1969, e já com alguns terapeutas formados, essas funções foram desempenhadas por profissional estrangeiro; de 1969-70, por Débora Wood (norte-americana) e, de 1971-83, por Joanna Neordhoek (holandesa).

Ao mesmo tempo em que esses serviços brotam em alguns hospitais, a rede de hospitais particulares, organizada em entidades como a Associação Paulista de Hospitais, difundia a necessidade de melhoria e expansão do atendimento em reabilitação, reivindicando a prestação desses serviços a partir de sua ampliação subvencionada pela Previdência Social. A política de privatização da assistência é promovida, após 1966, pelo INPS.

Os hospitais privados de clínica geral, na década de 70, incorporam o serviço de fisioterapia, cuja intervenção se aproxima mais da conduta clínica, agindo sobre sintomas de ordem biológica, na remissão de quadros de dor, déficit respiratório e mobilidade. A terapêutica ocupacional, exceto na assistência psiquiátrica, é pouco absorvida nos hospitais da rede particular por seu objeto de trabalho não ser sintomatológico e de efeito rápido.

Em 1975, cria-se a Divisão de Reabilitação Profissional da Vergueiro — DRPV, unidade ligada ao Hospital das Clínicas da USP, retomando-se o trabalho multidisciplinar em reabilitação, após sete anos da extinção do Instituto de Reabilitação. Esta unidade foi um dos últimos serviços hospitalares de grande porte criado nos anos 70, que, paradoxalmente, não atingiu a plenitude em sua capacidade de atendimento.

#### OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NAS ENTIDADES FILANTRÓPICAS E PARTICULARES

A começar da década de 40 foram montadas, em vários estados brasileiros, instituições filantrópicas — sem fins lucrativos — e particulares, por iniciativas da sociedade civil.

“Os primeiros esforços para o estabelecimento de serviços de atenção aos lesados foram feitos quase sempre por entidades privadas” (Salazar y de Agüero, 1956:64).

O atendimento aos deficientes foi divulgado pelo Rotary Internacional, que patrocinou a criação da Sociedade Internacional das Crianças Lesadas (1919) e da Sociedade Internacional para o Bem-Estar dos Lesados (1922). Estas se encarregaram de organizar congressos, cursos e cultivar a opinião pública favorável aos programas de intervenção (cf. Idem, *Ibidem*:64-7 e Silva, 1986a:311).

As instituições nacionais eram voltadas, em sua maioria, ao atendimento de crianças portadoras de deficiências mentais e/ou físicas, sendo introduzidas, em determinados locais, técnicas recentes de reabilitação, havendo também o atendimento custodial-asilar.

As instituições pioneiras em cada estado, segundo APAE (1975), Boccolini (1953), Campos (1985), Carvalho (1960), Crefito-3<sup>29</sup> (1986), Fundação das Pioneiras Sociais (1980), Fundação para o Livro do Cego no Brasil (s.d.), Hauck (1986), Krynski e outros (1969), Lemos (1986), Mello (1978), Santos (1984), Silva (1986a) e Sociedade Pestalozzi do Brasil (1975), são apresentadas a seguir.

Os setores de atendimento em terapia ocupacional foram sendo implantados anos mais tarde, a partir da formação de

<sup>29</sup> O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional — 3ª Região (São Paulo e Paraná) por força de lei, possui cadastro das entidades que mantêm estes serviços em funcionamento. Estes dados foram coletados no Arquivo de Empresas desta autarquia federal.

técnicos com orientação direta do médico responsável ou pelos profissionais formados em terapia ocupacional, basicamente no Instituto de Reabilitação da USP<sup>30</sup>.

Como se pôde observar, todas as instituições destinaram-se ao atendimento da clientela infantil.

Em 1932, Helena Antipoff e colaboradores fundam a Sociedade Pestalozzi voltada ao atendimento clínico e preparação para o trabalho dos excepcionais, através da experimentação de atividades em oficinas. Este mesmo trabalho foi implantado no interior do estado.

Essa organização técnico-administrativa foi levada à capital federal, Rio de Janeiro, sendo criada em 1945 a Sociedade Pestalozzi do Brasil — SPB — com o propósito de, além do atendimento ao excepcional, fomentar a abertura de entidades congêneres em outros estados da federação, em 1945.

"[...] visando à educação e ao estudo dos excepcionais — crianças e adolescentes — portadores de anomalias mentais, psíquicas ou sociais que afetaram o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, seu ajustamento na escola, na família e na sociedade" (SPB-RJ, 1975:15).

A Sociedade Pestalozzi do Brasil, além da assistência, fornecia cursos de recreação e outras atividades formando professoras e auxiliares de praxiterapia para a região.

Ainda no Rio de Janeiro, em 1948, dirigida por Luís Cerqueira, psiquiatra defensor da ocupação terapêutica, funcionou a Instituição Ulisses Pernambuco, em homenagem ao falecido neuro-higienista nordestino, que muito influenciou o seu trabalho.

Esta instituição atendia de quinze a vinte adolescentes excepcionais. Seu programa de tratamento fundamentava-se na realização de atividades sob orientação das professoras,

<sup>30</sup> A relação de entidades cujos setores foram montados por terapeutas ocupacionais formados em São Paulo consta da entrevista de Neyde Tosetti Hauck (1986:7-8) e Soares (1986b).

variando entre trabalhos em madeira, passeios externos, atividades musicais e recreação. Nesse processo, sob supervisão do doutor Cerqueira, foi formada uma terapeuta ocupacional prática, Octacília Josefa de Mello, que relata sua vida profissional no livro *Terapia Ocupacional: minhas experiências* (1978). Essa entidade foi fechada em 1956, após a saída de seu diretor.

Em 1954, conforme relato de Lemos (1986) e Soares (1986a) foi fundada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação — ABBR, por Fernando Lemos (arquiteto), Charles Murray (empresário), cujos filhos eram portadores de deficiências físicas, médicos da área e simpatizantes.

Essa entidade de caráter filantrópico destinou-se ao tratamento clínico e cirúrgico de pessoas com poliomielite, amputações e demais casos de ortopedia e neurologia. Ela foi construída ao lado do Hospital de Jesus, entidade estadual cuja unidade de convalescentes de ortopedia, traumatologia e neurologia, realizava tratamento clínico-cirúrgico, mas não possuía nenhum serviço de reabilitação.

Para dar início ao centro de reabilitação era necessária a formação de técnicos em fisioterapia e terapia ocupacional, visto que não existiam cursos de formação no Brasil e os profissionais formados no exterior já se encontravam vinculados a outras instituições (cf. Campos, 1985:1-2). Para a formação destes técnicos foi então criada a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, vinculada à ABBR.

Assim, ao final de 1957, inaugurou-se a ABBR com um prédio (hoje chamado de Anexo) e alguns barracões, estando instalados no andar térreo os setores de fisioterapia e terapia ocupacional e atendendo a quarenta crianças encaminhadas pelo Hospital Jesus (cf. Lemos, 1985:8-9).

Em 1954, criou-se a APAE do Rio de Janeiro, entidade beneficente de utilidade pública, sem fins lucrativos, voltada para o deficiente mental e núcleo inicial da Federação Nacional das APAEs (fundada em 1963). A APAE realizava o atendimento psicopedagógico, estimulação precoce e possuía oficinas protegidas de trabalho.

"[...] sua finalidade é ocupar e recuperar os pacientes através de oficinas especializadas, dando-lhes assim, melhores condições de vida" (Mello, 1978:66).

No Rio de Janeiro, portanto, na década de 50 existiram três instituições voltadas ao deficiente mental e uma voltada para a reabilitação física dos incapacitados.

Em São Paulo foram fundados o Lar Escola São Francisco, voltado às crianças portadoras de deficiências físicas, 1943; a Fundação para o Livro do Cego no Brasil (s.d.), em 1943; "iniciando o ensino de crianças cegas, [...] pela professora especializada Dorina Gouveia Nowill"; a Associação de Amigos da Criança Defeituosa "destinada a tratar crianças portadoras de seqüelas de poliomielite, paralisia cerebral ou defeitos congênitos" (Carvalho, 1960:36), em 1950; o Instituto de Ortofrenia e a Sociedade Pestalozzi de São Paulo, para crianças com deficiência mental, ambos em 1952, e a Associação de Pais e Amigos do Excepcional — APAE de São Paulo, criada em 1961, e desenvolvendo programas de habilitação profissional desde 1964.

Na Bahia, em 1958, foi criado "à custa da iniciativa particular um centro de reabilitação, o Instituto Baiano de Reabilitação" (Carvalho, 1960:39).

Na recém-criada Brasília foi inaugurado o Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek, projetado e instalado em região central para ser acessível a todos os pontos da cidade. Bem equipada, a instituição se volta ao atendimento de doenças do aparelho locomotor. Em 1972, o Centro vem participar do processo de formação de recursos humanos em reabilitação, incluindo a residência médica em fisioterapia (Castro, 1974:12) e em terapia funcional.

O subsídio às entidades que trabalham com excepcionais era fornecido, sem política específica nos anos 60, pela LBA, FEBEM e CADEME (Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais), esta última criada em 1960 pelo MEC (Cf. Krynski & Clemente Filho, 1969:488-9). A CADEME deu origem ao CENESP — Centro Nacional de

Educação Especial, em 1969, que, aliado à Portaria nº 20 do MPAS, de 1975, e à Portaria Interministerial nº 186, do MPAS e MEC, de 1978, estabeleceram as normas para o subsídio às entidades particulares e beneficentes via LBA e CENESP (cf. Brasil, s.d. & Vital, 1978:A-4). Assim, as entidades particulares e filantrópicas vão se expandindo à medida que a LBA, INPS, FEBEM, CENESP, Secretarias Estaduais e Departamentos Municipais fornecem subsídios aos serviços multiprofissionais destinados à assistência e/ou educação especial do menor, deficiente físico, mental e idoso. Os dados quanto à expansão quantitativa desses serviços não foram coletados por este trabalho podendo ser tema de pesquisas posteriores.

#### A REABILITAÇÃO NO INTERIOR DAS POLÍTICAS SOCIAIS

No primeiro governo Vargas, é instituída uma legislação sobre a participação do poder público na assistência aos incapacitados do aparelho locomotor, sob a influência da Organização Internacional do Trabalho. Esta difundia a tese da Seguridade Social (cf. Cap.II:69-73), que incorporava a reabilitação profissional a todos cidadãos. No entanto, a Portaria nº 83, de 1943, promulgada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, através do Conselho Nacional de Trabalho, determina

"[...] que os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões organizassem serviços de Reeducação e Readaptação de Segurados e Aposentados por Invalidez" (Vital, 1978:4).

Assim, a readaptação e reeducação para o trabalho seria destinada exclusivamente àqueles previdenciários acidentados e aposentados por invalidez e não para a totalidade dos incapacitados; fossem seus dependentes ou, ainda, os não-previdenciários.

Ainda no ano de 1943 (cf. Carvalho, 1960:31-40), o Minis-

tério da Educação e Saúde nomeia uma Comissão de Assistência a Mutilados, que passa no ano seguinte a ser incorporada à Divisão de Organização Hospitalar. De concreto, essa comissão nada conseguiu efetivar.

Os anos seguintes foram pródigos na legislação, criando-se, inclusive, a Comissão de Readaptação dos Incapazes das Forças Armadas — CRIFA, que foi extinta em 1947 (dois anos após sua criação), tendo reabilitado um único homem (cf. Id. Ibid.:40). A legislação, não sendo implementada, não provocou nenhuma alteração na atenção terciária à saúde.

É interessante notar que, embora a Portaria 83 e outras que a seguiram, em 1944, 45 e 48 (Vital, 1978:A2-3), dissessem respeito a todo IAP ou CAP, somente conseguimos identificar que o IAPC (dos Comerciantes) de alguns estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul) e, possivelmente, o IAPI (dos Industriários) chegaram a introduzir serviços de reabilitação.

A farta legislação sobre reabilitação neste período, de orientação distributivista, ao não ser efetivada pelos IAPs, que mantiveram o modelo contencionista de gestão dos recursos e aplicação segundo injunções políticas específicas (cf. Cap. II:76), revela uma dicotomia entre o discurso oficial e a realidade concreta, característica dos governos populistas.

Destes IAPs, o serviço de reabilitação que mais se desenvolveu foi o vinculado ao IAPC (cf. Silva, 1986b e Nowill, 1962:13) que, em São Paulo, tinha também profissionais formados no exterior. Dentre estes profissionais formados estava Lila Linhares Blandy, assistente social que se formou em terapia ocupacional em meados da década de 50 e Wilma Seabra Mayer, assistente social que se formou orientadora profissional (Cf. Hauck, 1986:9-10 e Campos, 1985:2). A primeira delas, Lila L. Blandy, uma das pioneiras em terapia ocupacional no país, foi cedida, a título de colaboração, para lecionar no curso de terapia ocupacional da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, no período de 1956 a 1958. De lá voltou a São Paulo, trabalhou no Rio Grande do Sul e, no

início dos anos 70, foi montar o setor e trabalhar no IAPC de Minas Gerais. A outra, Wilma Seabra Mayer, em 1959, foi trabalhar no Instituto de Reabilitação da USP, onde participou do treinamento de outros orientadores profissionais. O serviço do IAPC de São Paulo se ampliou com o ingresso de novos profissionais formados naquele período.

O IAPC de São Paulo mantinha também uma pequena unidade de atendimento hospitalar psiquiátrico, para vinte internos. O tratamento desenvolvido nesta unidade psiquiátrica incluía a recreação organizada por um clube formado por pacientes, funcionários e médicos. Havia a preocupação de manter todos os pacientes ocupados, preservando interesses e iniciativas. Os procedimentos do clube foram relatados no artigo: "A terapêutica pelo clube em psiquiatria", de Ferrão e outros (1960:115-28).

Assim, o IAPC mantinha o serviço de readaptação e reabilitação profissional a uma parcela de seus segurados inválidos para o trabalho por doenças físicas ou mentais, a partir de seu próprio orçamento e visando a redução das despesas com pensões e aposentadorias.

O IAPI, apesar da pequena participação dos contribuintes em sua gestão, de prestar assistência médica a somente 30% de seus segurados e de a direção populista privilegiar o financiamento de projetos governamentais, ainda assim, o seu corpo técnico assimilava a validade dos serviços de reabilitação. Nos anos 50, o IAPI difundiu a necessidade de reabilitação profissional baseada na lógica economicista de reduzir despesas com aposentadorias através da recuperação dos segurados inválidos (cf. Cap. II:80).

Através das medidas assistencialistas do estado, criou-se em 1950, o Serviço de Reabilitação do SESI (Serviço Social da Indústria). Em São Paulo, desde sua fundação, esse serviço é dirigido pelo fisiatra Fernando Boccolini. Em suas instalações foram incluídos todos os serviços de reabilitação física e profissional, com os técnicos especializados formados por ele mesmo, via treinamento em serviço e cursos de curta duração. A contratação de terapeutas formados nos cursos

universitários veio acontecer após muitos anos do seu funcionamento, mantendo-se, entretanto, a rigorosa hierarquia clínica na equipe. A visão assistencialista é a que predomina neste serviço, ainda que, em determinados períodos de expansão econômica, fosse efetivada a colocação profissional dos operários reabilitados.

A sociedade civil vem desenvolver uma representação<sup>31</sup> sobre o significado da reabilitação do incapacitado a partir dos serviços existentes, beneficentes e estatais. Assim, o reabilitado é visto como um indivíduo produtivo e útil à sociedade por (re)adquirir independência econômica e em seu autocuidado.

No entanto, como esta concepção é veiculada pelas entidades de reabilitação, majoritariamente assistencialistas, e a absorção profissional do reabilitado é instável, a reabilitação em si assume um forte apelo ideológico ao mascarar a existência do exército de reserva (cf. Cap. II:74-9). Neste sentido a relação entre absorção do incapacitado reabilitado com os períodos de expansão econômica ou com a própria rotatividade da mão-de-obra não é identificada já que estes indicadores não são mensurados pelos programas reabilitacionais e estão fora do alcance de sua interferência. Desta forma, a responsabilidade social de ser ou não ser produtivo é deslocada para o próprio indivíduo reabilitado.

Na década seguinte, a Lei Orgânica da Previdência Social — LOPS, de 1968, estabelece o direito universal àqueles segurados que recebem auxílio-doença, os aposentados e os pensionistas inválidos à assistência reeducativa e readaptação profissional. Esta assistência se efetivou na ABBR e em outras entidades congêneres, subsidiadas por recursos da Previdência Social, ou seja, o direito à reabilitação se executou em instituições beneficentes, corroborando a representação social da reabilitação como medida assistencialista.

Ao final do governo João Goulart, em 13/12/63, com

<sup>31</sup> Este conceito já foi explicitado anteriormente (Cap. I:27) a partir de Kosik (1976:15) e diz respeito à cristalização de significados que tem correspondência histórica com a realidade e determinadas coisas.

recursos próprios e centralizada na SUSERPS (Superintendência dos Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social), centraliza-se a prestação de serviços de reabilitação aos segurados em geral, por região e não por categoria profissional. O planejamento público para o setor foi elaborado meses depois, já no regime militar.

Este plano reconhece a supervisão médica sobre as demais atividades e abre uma frente de trabalho aos outros técnicos de reabilitação: terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, protéticos, enfermeiros, assistentes sociais, ortofonistas. Inclui o treinamento profissional nas oficinas de reabilitação da Previdência, em empresas ou entidades do ensino profissional. Para pôr o plano em execução, a SUSERPS centralizou os profissionais dos IAPs em alguns centros urbanos.

Luís Cerqueira (1965), ao analisar a regulamentação, exortava a Previdência a se envolver com a formação e valorização dos profissionais de reabilitação para não tornar inoperante a proposta por impossibilidade de funcionamento da equipe multidisciplinar ou por desvios estruturais, ao se contar

“[...] com auxiliares mal preparados, mal recrutados em quase todos os institutos; todos mal pagos e insuficientes numericamente, tendo de atender sem o menor planejamento, com os IAPs divididos e o segurado se sentindo injustiçado com os altos e baixos assistenciais” (Id., Ibid.:90).

No entanto, o alerta sobre a formação de pessoal e sua valorização econômica não foi absorvido pelo INPS nem pelo MEC, sendo que as diretrizes do regime pós-64 foram de privatização do ensino superior e da assistência à saúde, garantida no acordo MEC-USAID e na unificação dos IAPs, de modo que o Estado se desobrigava da consecução integral dos programas sociais (cf. Cap. II: 86-94).

A crise de saúde da população é tratada pela Previdência Social com medidas assistencialistas, no atendimento ao excepcional, previsto em 66, cujo subsídio às entidades é

regulamentado em 69; no atendimento asilar do menor carente e infrator pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (criada em 1964) e com medidas de privatização da assistência hospitalar e ambulatorial, expressa no aumento dos leitos hospitalares da rede privada e das empresas de medicina de grupo, responsáveis nos anos 80 pelo consumo de 90% dos gastos em assistência médica.

Ao assumir o atendimento custodial dos menores, normatizar os serviços de reabilitação nos Centros de Reabilitação Profissional — CRPs (do INPS), condicionar a aposentadoria ao seu parecer e, finalmente, instituir o subsídio às entidades para excepcionais, a Previdência Social amplia sua penetração em outras instâncias da sociedade sem, contudo, ampliar suas divisas. Esse processo se cristaliza em 1974, através do Ministério da Previdência e Assistência Social, onde LBA, INPS, FUNABEM convivem sob o mesmo teto, e cujas contradições em suas funções levam a uma crescente centralização e concentração de recursos institucionais, processo coroadado na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, em 1978.

Durante os anos 70, os Centros de Reabilitação Profissional do INPS<sup>32</sup> vão sendo instalados, tendo como prioridade os casos de acidentados do trabalho, antes da fase final de seu tratamento clínico. Por exemplo, em São Paulo, 80% dos casos atendidos no CRP são acidentados do trabalho. A reabilitação profissional era definida nos seguintes termos pelo Ministro da Previdência e Assistência Social:

“A Reabilitação Profissional consiste em um programa integrado objetivando proporcionar ao trabalhador, quando incapacitado por doença ou acidente de trabalho, os meios de reeducação e de readaptação profissional de

<sup>32</sup> Sobre os CRPs e expondo o ponto de vista da instituição existe o trabalho do Coordenador de Reabilitação Profissional do INPS (Pereira, 1978:1-7).

maneira a que possa se reintegrar na força de trabalho” (Brasil — MPAS, 1975).

Assim, a força de trabalho ativa que se acidentou é recuperada e recolocada no mercado de trabalho pelo CRP. Entretanto, segundo estudos realizados em 1976 pelo próprio INPS, dos 3.808 reabilitados entre 72 e 75 somente 1.898 (49,8%) continuaram empregados; destes, só 34,3% têm mais de um ano de emprego. Com porcentagens semelhantes, outros estudos do INPS (apud DIESAT, 1984:10) confirmam que somente 50% dos reabilitados conseguem se empregar novamente e, neste grupo, a rotatividade da mão-de-obra é muito maior. Os demais retornam ao auxílio-doença (50%), estão desempregados (30%) ou deixaram de trabalhar (11,5%). Ou seja, os incapacitados do trabalho têm um destino: ou constituem parte do exército de reserva flutuante (através da rotatividade de sua absorção e do subemprego), ou vão pertencer à porção estagnada e marginal da população excedente ao capital (cf. Cap. I:45-9).

Agora, se os dados anteriores põem em dúvida a eficiência do serviço, outros argumentos oficiais são apresentados para justificar a continuidade destes serviços. Assim, segundo relatório de 1976 do Setor de Avaliação de Benefícios do INPS (apud Id., Ibid.:10), se o incapacitado reabilitado vier a contribuir novamente à Previdência por um período de dezessete meses, a Reabilitação Profissional torna-se auto-suficiente, e, num prazo de cinco anos, o empreendimento todo se torna lucrativo. Aqui se evidencia novamente a lógica economicista dos técnicos da Previdência.

Ao final dos anos 70, catorze Centros de Reabilitação Profissional funcionavam nas cidades de Porto Alegre, Florianópolis, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Niterói, Caxias, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Brasília, Salvador, Recife, Fortaleza e Belém. Outros quatro foram inaugurados em 1980, nas cidades de Santos, Campinas, Vitória e João Pessoa (cf. Pereira, 1978:6).

O economicismo, ao nível do planejamento burocrático-

administrativo da Previdência, e o assistencialismo, ao nível do discurso das práticas de saúde e das entidades beneficentes conveniadas, se caracterizam como duas faces de uma mesma política social.

Na década de 70, cresce o número de instituições voltadas à população marginal e excedente, das unidades da FEBEM às creches e parques infantis, dos asilos aos presídios. Nesses locais, para implementarem os programas regulares educativos e/ou coercitivos, são incluídas outras práticas profissionais, dentre elas a terapia ocupacional. A ênfase na análise para indicação de atividades, na comunicação interpessoal, na relação terapêutica construtiva e no apoio aos programas pedagógicos, disciplinares ou de lazer é enfoque predominante entre as modalidades de terapia ocupacional efetivadas nestas instituições. A privação cultural, a alienação econômica, a desagregação familiar são teorizações que visaram enfrentar as condições complexas desta realidade social na qual foram confrontados os internos e profissionais.

A emancipação econômico-social efetiva do incapacitado ou marginal requisita, além de recursos técnicos e financeiros para o setor de saúde, uma vinculação efetiva e coordenada a outras políticas sociais, principalmente a um conjunto de medidas econômicas que garanta a absorção crescente da força de trabalho, sem redução da massa salarial.

As transformações do espaço institucional, no qual as práticas profissionais estão engajadas, o fenômeno da competição no mercado de trabalho, as repercussões desse movimento na orientação teórico-prática especificamente da terapia ocupacional e as funções político-ideológicas cumpridas por esta prática de saúde serão tema do capítulo seguinte.