

**A TERAPIA OCUPACIONAL APÓS 60 ANOS: UM RELATÓRIO SOBRE A
MUDANÇA DE IDENTIDADE DO CORPO DE CONHECIMENTO**

GARY KEILHOFNER E JANICE POSATERY BURKE

**– THE AMERICAN JOURNAL DE OCCUPACIONAL THERAPY – nov/dez. 1977,
Vol. 31, nº 10 – pg. 675 – 689.**

Este artigo é um relatório histórico da terapia ocupacional durante os 60 anos passado. O enfoque é sobre o corpo de conhecimentos a identidade de campo, e as substituições que ocorreram nesses elementos. A análise está baseada em um modelo histórico de mudança epistemológica e prevê uma base para a formulação de predições sobre o futuro da terapia ocupacional. Para os terapeutas, preocupados com os problemas presentes de identidade e teoria em terapia ocupacional, este artigo provê uma maneira de ver os problemas e propões algumas formas possíveis de ação.

Em 15 de março de 1917, seis pessoas se reuniram em Clifton Springs, New York, e estabeleceram os princípios formais da terapia ocupacional ⁽¹⁾. O que ocorreu nesse ínterim é o objeto desse artigo. Um relatório histórico é oportuno, não somente porque 1977 é o 60º aniversário do campo, mas também porque o clima presente na terapia ocupacional justifica o tipo de relação cuidadosa, objetiva que a história permite. Muitos estão interessados na identidade da terapia ocupacional e na natureza da base teórica que deveria apoiar sua prática. A pesquisa história através de sua análise de tendências, padrões e processos de mudança em uma era passada, é particularmente adequada para a indicação de direções para o futuro ⁽²⁾. Esta história da terapia ocupacional, a interpretação dos eventos e contextos conducentes até o presente, provê uma perspectiva a partir da qual é possível fazer algumas predições sobre o que pode ser necessário para se assegurar o futuro da terapia ocupacional.

HISTÓRIA

A produção de uma história envolve duas tarefas: **o método histórico**, que é o processo de coleta e seleção de dados; e **a historiografin**, que é a análise e síntese de dados em um relatório ⁽³⁾. A maneira na qual esses dois processos foram empreendidos é descrita de forma sucinta.

Método Histórico. Foi necessário um enfoque que orientasse a coleta e organização dos dados – um enfoque que fosse suficientemente amplo para caracterizar o campo da terapia ocupacional através dos anos até o momento específicos para propósitos de análise. FIDLER sugere que “Uma profissão é caracterizada pela natureza e qualidade de seu corpo de conhecimentos e habilidades ... (e) pela existência de uma série definível de princípios, conceitos e atitudes básicas para suas funções... ⁽⁴⁾. Para se conseguir tal caracterização, a epistemologia do campo foi selecionada como o enfoque. Epistemologia é o estudo do conhecimento e da natureza de sua existência, propósito e utilidade.

Embora diversas fontes de informação tenham sido revistas nos estágios iniciais de formulação do relatório histórico, a documentação que se mostrou mais adequada e direta ao enfoque epistemológico foi a utilizada.

FIGURA 1 – Categorias de KUHN, adaptadas para a análise da terapia ocupacional.

Paradigma de KUHN	Questões para identificação e Análise dos Paradigmas da Terapia Ocupacional.
Base teórica	Qual é a Base de Conhecimentos para Tratamento?
Consideração de Fenômenos	Qual é a Visão Geral de Homem e de Saúde que orienta os Esforços da Profissão?
Problemas	Qual é a Amplitude de Problemas Tratados na Terapia?
Metodologia	Quais são a Metodologia ou Modelos de Tratamento empregados no Atendimento de pacientes?
Objetivos	Quais são os Objetivos da Terapia mais frequentemente articulados?

Historiografia. Para o processo historiográfico foi escolhido um modelo analítico da história de uma mudança e crescimento em conhecimento de uma profissão. Este modelo é particularmente adequado porque provê uma visão inovadora de processos históricos em profissões. O modelo desenvolvido por THOMAS KUHN desafia o velho pressuposto de que o conhecimento de uma profissão resulta, simplesmente, da acumulação e armazenamento de mais e mais informações. KUHN demonstra que a evolução de conhecimentos é um processo complexo e dinâmico de crescimento envolvendo uma mudança periódica total, a que ele chama de “revolução científica” ⁽⁵⁾.

A definição de KUHN de como o conhecimento é organizado em um campo é abrangente e compelativa. Em seu modelo, os conceitos velhos, usados, de esquema e referência e teoria são substituídos pelo constructo dinâmico de paradigma. Ele demonstra que o conhecimento existente na comunidade de profissionais e que está encaixado em seus valores, crenças, debates, conflitos e acordos. O paradigma é um modelo dinâmico de partes principais de conhecimentos, que demonstra como eles se desenvolvem, existem e orientam os esforços de profissionais.

Dois métodos de análise foram selecionados do modelo de KUHN: o transversal, que permite a identificação e análise de um paradigma a qualquer momento; e o longitudinal, que permite a localização de mudanças de paradigma através do tempo. Através dessas duas análises é possível ter-se uma visão de bola-de-cristal quanto ao futuro.

Análise Transversal. A tese de KUHN é a de que uma disciplina gera e operacionaliza o conhecimento sob a orientação de uma definição determinada por consenso do fenômeno com o qual está interessada. Esta definição comumente aceita é o paradigma do campo. O paradigma determina o “propósito, a natureza e o escopo de sua prática, o conteúdo de seus currículos educacionais e seus interesses de pesquisa”, de uma profissão ⁽⁶⁾.

Como demonstrado na **Figura 1**, o paradigma pode ser subdividido em cinco partes subordinadas:

- (a) uma base conceitual ou teórica que apóia uma explicação ou uma maneira de visualizar o fenômeno;

- (b) a conceituação dos fenômenos, atualmente adotada;
- (c) a amplitude de problemas tratados;
- (d) a metodologia de resolução de problema utilizada;
- (e) os fins para os quais os esforços da disciplina são orientados.

Desde que KUHN derivou seu modelo dentro do contexto de “ciência pura”, ele deve ser adaptado para a “ciência aplicada” da terapia ocupacional. Assim, as categorias selecionadas dos autores foram convertidas em questões diretivas para descrição e análise de paradigmas da terapia ocupacional. Isto está ilustrado na Figura 1.

Análise Longitudinal. O método analítico para a perspectiva longitudinal envolve o padrão de aceitação e rejeição de paradigma, formando o processo cíclico que KUHN denomina revolução. Serve para redefinir e mover o campo para frente através de mudanças críticas em conhecimento e tecnologia ⁽⁵⁾. Do começo ao fim seqüência de mudança, KUHN enfatiza o papel principal de influências externas ambientais sobre o curso dos acontecimentos.

A revolução científica acontece nos estágios de:

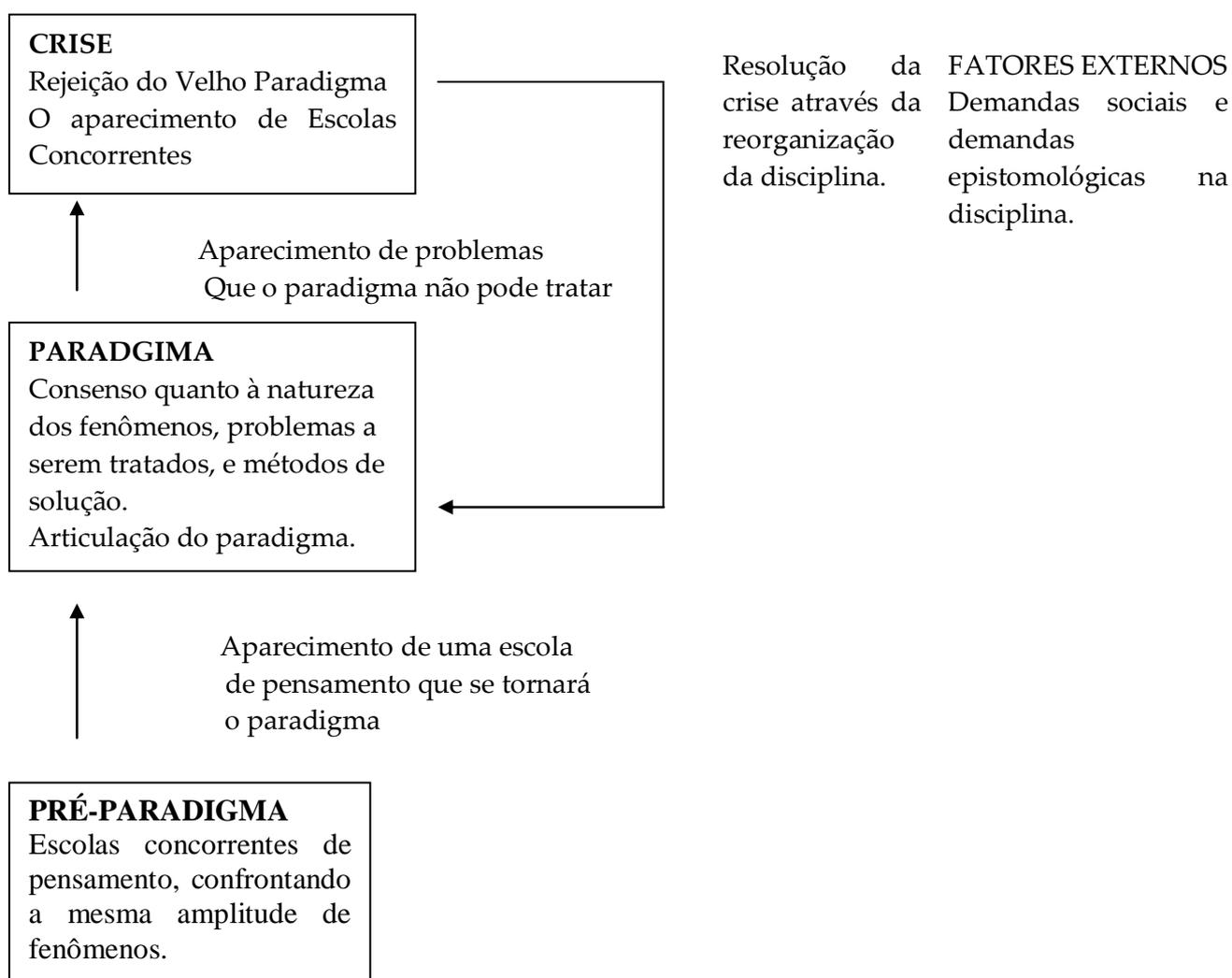
- (1). pré-paradigma;
- (2) paradigma;
- (3) crise;
- (4) retorno ao paradigma.

As características de cada estágio são discutidas abaixo. Essas características são os critérios utilizados para analisar o progresso da terapia ocupacional através dos estágios da revolução científica. O estágio pré-paradigma ocorre (veja **Figura 2**) anteriormente à formalização de uma disciplina. Durante este período, diversos grupos podem ter um interesse no mesmo fenômeno, mas eles o definem diferentemente e propõem séries diferentes de problemas relacionados e métodos de solução. Finalmente, uma das escolas de pensamento predomina, tornando-se o paradigma da profissão. Neste estágio de paradigma, a disciplina subscreve uma série comum de

crenças sobre os fenômenos que confronta, sobre os problemas apresentados e sobre as maneiras de se lidar com os mesmos. A principal atividade da profissão está, então, dirigida à descoberta de fatos e à resolução de problemas dentro dos limites do paradigma.

Eventualmente aparecem problemas, que KUHN chama anomalias, que não podem ser tratados dentro dos limites do paradigma. Quando o paradigma não pode explicar ou orientar os esforços para lidar com as anomalias, a profissão entra em um período de crise.

FIGURA 2 – O MODELO KUHN DE REVOLUÇÕES CIENTÍFICAS



Durante a crise, o velho paradigma é criticado por sua falta de poder explicativo, e novas escolas concorrentes de pensamento aparecem em uma tentativa de lidar como os problemas anômalos. A revolução científica está completa quando uma dessas

escolas concorrentes consegue tratar, com sucesso, esses problemas. Este novo estágio é o retorno ao paradigma. Esta troca para um novo paradigma necessita uma reorganização do campo, de seus fenômenos de interesse, de problemas relacionados e de seus métodos de solução de problemas e dos objetivos. Embora essa reorganização requeira um realinhamento da perspectiva do campo, ela retém o conhecimento e a tecnologia acumuladas sob o velho paradigma. A Figura 2 ilustra o ciclo contínuo do paradigma-crise-retorno ao paradigma que é o modelo estrutural longitudinal de como o conhecimento e a tecnologia evoluem dentro de um campo.

FIGURA 3 – O debate do pré-paradigma entre escolas de pensamento com relação aos doentes mentais.

		Escola de tratamento moral humanístico	Escola científica
C O M P O R N E N T E M S	Base de conhecimento para tratamento	Filosofia humanística-ciência do homem agindo em seu ambiente.	Regras de inquirição racional – método científico.
	Visão do homem	Enfoque ambiental sobre a organização total do comportamento.	O cérebro.
	Problemas	Hábitos errados de vida Reações ao “stress”.	Doença Lesões neurológicas
	Metodologia	Atividade em estabelecimentos normais, temporais, físicos e sociais.	Remédios, cirurgia. Atendimento custodial.
	Objetivos	Manutenção e restauração de hábitos saudáveis de vida.	Alteração de tecido cerebral.

Ele será aplicado à história da terapia ocupacional como um instrumento analítico de organização, permitindo que eventos e tendências possa, ser rotulados e colocados dentro de um esquema coerente.

Em resumo, a evidência da história da terapia ocupacional foi submetida a duas operações: análise transversal, ou a categorização do conteúdo de conhecimento do

campo, de acordo com as questões derivadas das categorias do paradigma; e análise longitudinal, ou a divisão da história em estágios correspondendo ao modelo. Dessa forma, nas seções seguintes, organizou-se a história da terapia ocupacional para demonstrar suas próprias passagens através dos estágios do pré-paradigma, paradigma, crise, e retorno ao paradigma. Cada estágio está apresentado de acordo com os estados externos de afazeres e questões que identificam a base teórica, a visão do homem, problemas, metodologia e fins que compõem o paradigma. A avaliação (n.t. = ou o relatório) focaliza os padrões e tendências identificáveis que caracterizam o estado do campo à medida em que evolui durante os 60 anos passados.

A AVALIAÇÃO HISTÓRICA

Pré-paradigma: *Humanismo versus a Grande Ciência.* A utilização da ocupação como uma forma de tratamento para o doente físico ou mental está documentada através da história registrada. As civilizações clássicas do Egito, Grécia e Roma usaram jogos, música, entretenimento e emprego produtivo como medidas terapêuticas ⁽⁷⁾. O período do pré-paradigma real é concomitante às tendências humanitárias dos séculos 18 e 19. No tratamento do doente mental, a ocupação se tornou uma abordagem formalizada e amplamente aceita para tratamentos ⁽⁷⁾. Focalizando as controvérsias anteriores concernentes ao tratamento do doente mental, pode-se identificar os eventos que deram origem à emergência de um paradigma da terapia ocupacional.

A filosofia humanitária dos séculos 18 e 19 defendia a premissa de que a ciência poderia produzir resultados otimistas para o doente mental. Todos os homens eram tidos como iguais e governados por leis universais. O doente mental havia, meramente, sucumbido às pressões externas, e a sociedade tinha uma obrigação moral de ajudá-los a retornar à correnteza da vida. Sob esse esquema filosófico e científico, emergiu uma escola de pensamento para o doente mental, que era referida como “tratamento moral” ⁽⁸⁾. O enfoque do tratamento moral era sobre o ambiente de situação de vida do paciente. O ambiente físico, temporal e social era manobrado de tal forma a corrigir hábitos de potencial moral de vivência e gerar (n.t = ou criar) novos. O engajamento em

atividades diárias normais dentro de um ambiente alegre e de apoio era o modelo de tratamento. O tratamento moral era um grande esquema para atividades de vida diária, que colocava um paciente em um programa total com o objetivo de prover uma vida saudável. Empregava os remédios morais de educação, hábitos diários, trabalho e jogos como processos terapêuticos para a normalização do comportamento desorganizado do doente mental ⁽⁸⁾.

Ao mesmo tempo em que a abordagem humanística da escola de tratamento moral desfrutava seu apogeu, existiu uma escola de pensamento científico concorrente que se baseava nas “regras de inquirição racional e no método científico das ciências físicas ” ⁽⁹⁾. O cérebro humano, ao invés de o ambiente é que era o objeto do enfoque na explicação e tratamento da doença mental. A doença mental era tida como uma doença, com sua etiologia na patologia do cérebro, e sua cura era vista com pessimismo. Esta escola científica eventualmente evoluiu em um modelo para a psiquiatria, e a partir dela cresceram os tratamentos utilizando a quimioterapia e a cirurgia ⁽⁸⁾. Contudo, naquele tempo, ela serviu, principalmente, para tachar o doente mental como incurável, provendo apenas atendimento custodial em instituições grandes, superlotadas.

Quando as questões categóricas do paradigma de KUHN são aplicadas, pode-se ver a batalha conceitual entre essas escolas de pensamento (veja **Figura 3**). As correntes social e ideológica no século 19 levaram finalmente ao desaparecimento do tratamento moral como uma escola ordinária de pensamento, na psiquiatria. O rápido crescimento da população americana e o afluxo de imigrantes europeus levaram a uma superlotação de hospitais estaduais para o insano. Além disso, pontos de vista preconceituosos com relação aos assim chamados “imigrantes estrangeiros insanos” levaram a atitudes sociais negligíveis quanto ao doente mental. A Tônica filosófica da cultura estava sendo mudada pelo impacto da tecnologia. A teoria darwiniana da sobrevivência-do-mais-apto penetrou. Um individualismo rude e a responsabilidade de cada homem por seu próprio bem-estar substituiu a filosofia humanitária que apoiava o tratamento moral. Sem um forte comprometimento social para tratar o doente mental e com instituições superlotadas, o tratamento moral declinou ⁽⁸⁾. Contudo, através do trabalho de um número de indivíduo enérgicos e dedicados, o tratamento moral era eventualmente

reaplicado em todas as áreas de tratamento do doente e do incapacitado sob os auspícios de uma nova profissão que veio a ser conhecida como terapia ocupacional.

A ERA FILOSÓFICA: EMERGÊNCIA DE UM PARADIGMA DE OCUPAÇÃO

Na virada do século, uma quantidade de forças pavimentarou o caminho para a re-emergência das idéias de tratamento moral. A negligência e o abuso foram expostos e resultaram em simpatia pública para o doente mental ⁽⁸⁾. Houve um crescente interesse acadêmico em fatores psicológicos e ambientais com relação à doença mental ⁽¹⁰⁾. A psiquiatria começou a ter a visão de que os pacientes poderiam ser treinados a levar vidas mais normais. Coibições químicas e mecânicas estavam sendo substituídas por programas que ocupavam o tempo do paciente seguindo a maneira dos programas de treinamento moral ⁽¹¹⁾.

Pela segunda década do século 20, a utilização da ocupação no tratamento não somente do doente mental mas também de outros pacientes em convalescença ganhou aceitação. Tão entusiásticos eram os primeiros proponentes deste tratamento que por volta de 1917 formaram uma associação nacional e deram início a várias tentativas para pesquisar e padronizar o tratamento ⁽¹⁾. Um paradigma de ocupação como tratamento foi aceito por um grupo de pessoas que se referiam a si mesmas como “terapeutas ocupacionais”.

O paradigma da terapia ocupacional inicial é impressionante tanto a partir da perspectiva de sua orientação “holística” como da natureza sofisticada das metodologias de tratamento que empregava. Em muitas maneiras o paradigma de ocupação foi um esquema conceitual bem além de seu tempo. Abrangia o reconhecimento de que a saúde de um indivíduo estava vinculada às complexidades das experiências diárias em um mundo físico e social complexo. Era também um conceito arrojado: o paradigma ocupacional propunha que o Homem não tinha somente o direito de se livrar de doenças mas também à respeitabilidade e à auto-satisfação em sua existência.

A maior parte do trabalho teórico para o paradigma de ocupação foi realizada por um famoso neuropatologista, ADOLPH MEYER. Foi ele quem, no curso de um estudo sobre mudanças patológicas no cérebro, descobriu um relacionamento inesperado entre padrões de hábitos de pacientes e sua doença mental ⁽⁸⁾. A teoria subsequente de psicobiologia de MEYER postulava a visão de que a doença mental devia ser compreendida a partir da perspectiva da visão do Homem como um organismo complexo – psicológico e biológico – interagindo dentro de um mundo social. O enfoque do paradigma era mais sobre o estilo de vida do Homem do que sobre o cérebro. A preocupação teórica era com os mecanismos pelos quais o comportamento humano era organizado. MEYER enfatizou a importância da função organizadora do tempo e propunha que a saúde devia ser vista dentro do contexto da vida diária com seu equilíbrio de trabalho, repouso, lazer e sono ⁽¹²⁾. A desorganização do papel social, como evidenciada através do tédio, futilidade, indiferença, desesperança, falta de auto-respeito, e deterioração de hábitos humanos, foi o problema central de interesse no esquema para o atendimento do paciente de MEYER. Ele propôs que o homem se mantinha no mundo da realidade através da utilização ativa e intencional do tempo ⁽¹²⁾. MEYER acreditava que o comportamento em todos os níveis poderia ser organizado unicamente agindo, sendo ativo dentro do contexto de uma vida normal. A filosofia da terapia ocupacional de MEYER (publicada na primeira revista da área e reproduzida adiante nessa edição) foi o fundamento do paradigma de ocupação da área e colocou em ação os esforços coordenados de diversos proponentes iniciais da terapia ocupacional. Dois modelos de tratamento ilustram melhor como o paradigma da ocupação era empregado para o atendimento do paciente, um em psiquiatria e um outro no tratamento do paciente com tuberculose.

O MODELO DE TRATAMENTO DE DOENÇA MENTAL

ELEANOR CLARKE SLAGLE, uma líder inicial em terapia ocupacional, executou um programa de treinamento de hábitos nos hospitais mentais como um meio para reabilitar, a longo prazo, pacientes com severa regressão, da tutela de hospitais

estaduais¹³). Baseado em um regime de atividades diárias normais e treinamento de hábitos; foi um processo elaborado de condicionamento que capacitava os pacientes degenerados a tornarem a alcançar a utilidade pessoal através do estabelecimento de hábitos básicos de auto-cuidado e de comportamento social ⁽¹⁴⁾. Este programa substituiu a atividade intencional, cuidadosamente orientada, no lugar de atividade aleatória ou do ócio, encontrado entre os pacientes. Atividades jocosas que despertavam sentidos adormecidos eram utilizadas inicialmente. Posteriormente, assim que os pacientes eram capazes, gradualmente, de responder a mais demandas eram levados a atividades produtivas.

WILLIAM RUSH DUNTON, um médico e terapeuta ocupacional contemporâneo, assegurava que o ambiente hospitalar deveria prover um exemplo metódico de vivência normal onde o paciente pudesse aprender hábitos adequados para a vida diária ⁽¹⁵⁾. De acordo com DUNTON, deveria ser ensinado ao paciente a esportividade nos esportes e a habilidade em atividades de oficina. A aprendizagem através dessas atividades proveria uma base a partir da qual o paciente poderia progredir em direção ao trabalho e à cidadania na comunidade ⁽¹⁶⁾.

LOUIS HAAS, um mestre artesão, desenvolveu um programa para ensinar competência aos pacientes convalescentes dentro do contexto das habilidades e hábitos de artesanato (n.t. = ou trabalho) ⁽¹⁷⁾. Ele propunha que o paciente recebesse terapia ocupacional em uma oficina bem-organizada, com altos padrões de desempenho. Oficinas com multi-diversidade englobariam atividades para uma ampla variedade de interesse e aptidões do paciente. O terapeuta servia como um modelo de papel enquanto o paciente observava e praticava os hábitos adequados, constituindo uma atividade de auto-respeito e desenvolvendo competência dentro de buscas de produtividade ⁽¹⁸⁾.

WILLIAM BRYAN e CODY MARSCH, psiquiatras, propuseram a terapia industrial como um meio de preparar o paciente diretamente para o mundo de trabalho ^(19,20). Os interesses e capacidades do paciente eram canalizados para uma ocupação produtiva no hospital através da participação em trabalho real ^(21,22). O terapeuta analisava empregos e treinava os pacientes para o trabalho. Os pacientes eram

colocados em ocupações que combinavam com seus interesses, experiência e aspirações^(19,23). O hospital servia como uma comunidade modelo na qual os pacientes poderiam ser preparados e treinados para papéis produtivos após a alta.

O Modelo de Tratamento de Tuberculose. O primeiro modelo de tratamento para o fisicamente incapacitado foi para o paciente com tuberculose⁽²⁴⁾. Desde que o tratamento médico deste paciente requeria um longo período de repouso forçado, a deterioração física e mental dos pacientes se tornou uma preocupação importantíssima.

Durante o longo período de convalescença, os músculos e hábitos do paciente se tornavam moldados em uma existência inativa. Em virtude da deterioração do corpo e da estrutura do hábito, o antigo paciente “tuberculoso” não apenas era incapaz de se utilizar bem do tempo como frequentemente se tornava um inválido industrial⁽²⁵⁾.

THOMAZ KIDNER, um arquiteto, estava interessado nos efeitos do ambiente sobre o paciente “tuberculoso”. Enfatizava que o princípio de gradualismo, quando aplicado a pacientes “tuberculosos”, devia incluir não apenas os hábitos mas também a graduação de demandas físicas para atividade⁽²⁶⁾.

Os programas de terapia ocupacional começavam com jogos e trabalhos simples de beira-de-cama que requeriam pequeno esforço físico, que estavam dentro da capacidade dos pacientes, e que mantinham seu interesse. Os pacientes em recuperação, então, prosseguiram para a execução de trabalhos. Finalmente, eram empregados em trabalho industrial real dentro da instituição^(27,28)

Pode-se observar a partir desses dois modelos de tratamento que o *paradigma de ocupação* foi aceito e floresceu sob a terapia ocupacional durante as décadas de 1920 e 1930. A partir dos conceitos de reabilitação de MEYER e do tratamento moral, a terapia ocupacional desenvolveu uma visão do Homem baseada no espaço vital e no estilo de vida (veja Figura 4). Consequentemente, a inaptidão ambiental e a desorganização de hábitos foram os problemas identificados sob o novo paradigma. Desde que o paradigma não focalizava a patologia, os princípios de tratamento eram amplos e gerais e eram aplicados a todas as populações de pacientes.

O gradualismo foi o princípio mais amplo no qual o tratamento estava embasado. Acreditava-se que a restauração final do paciente para a utilidade e serviço

para a comunidade poderia ser conseguida unicamente através de um processo gradual⁽²⁶⁾. O tratamento era feito em passos graduados a partir de hábitos de auto-cuidado e de ocupações não importantes de lazer até tarefas mais exigentes de artes e ofícios e finalmente de atividades sérias de trabalho. O programa graduado começava na atmosfera familiar (n.t. = costumeira) da ala (n. t. = do hospital), continuada com desafios moderados na oficina e culminava no estabelecimento industrial.

O paradigma de ocupação, quando aplicado no tratamento, requeria uma tecnologia para uma orientação, flexibilidade nas estratégias a fim de provar as respostas do paciente e um cuidadoso planejamento dos desafios adequados que pudessem levar os pacientes ao longo do caminho para se reestabelecerem dentro de papéis sociais produtivos e satisfatórios.

Além disso, este paradigma deu significado à palavra “ocupação”, que se referia à totalidade da experiência do Homem como um organismo produtivo, estético, jocoso, criativo e reflexivo (n.t. = capaz de pensar). A maneira pela qual o homem ocupava intencionalmente e ativamente um mundo temporal, físico e social era definida como um componente crítico de saúde. Além disso, o poder recuperativo e organizador inerente de agir em conformidade com as leis “universais e evidentes” da natureza foi a base sob a qual a palavra “terapia” pode ser vinculada ao título “terapia ocupacional”.

A resposta às questões categóricas originadas do modelo de KUHN – caracteriza o *paradigma de ocupação*. A base teórica para o tratamento repousa nos princípios de tratamento moral e na teoria psicobiológica de ADOLPH MEYER. Os pacientes eram vistos a partir da perspectiva de seus papéis produtivos em sociedade e seu direito à respeitabilidade. Os problemas eram os de ruptura de papel e da degeneração de hábitos e do corpo. A tecnologia ou *métodos* de solução incluíam programas graduados de atividade intencional que estimulavam atitudes, habilidades e hábitos adequados para o trabalho e lazer na vida normal. O objetivo da terapia era a recuperação do paciente para um comportamento aceitável, produtivo dentro da sociedade. Os modelos de tratamento de doença mental e tuberculosas são mostrados na **Figura 4** como estando sob a influência orientadora do paradigma de ocupação.

FIGURA 4 – O PARADIGMA DE OCUPAÇÃO E SEUS MODELOS DE TRATAMENTO

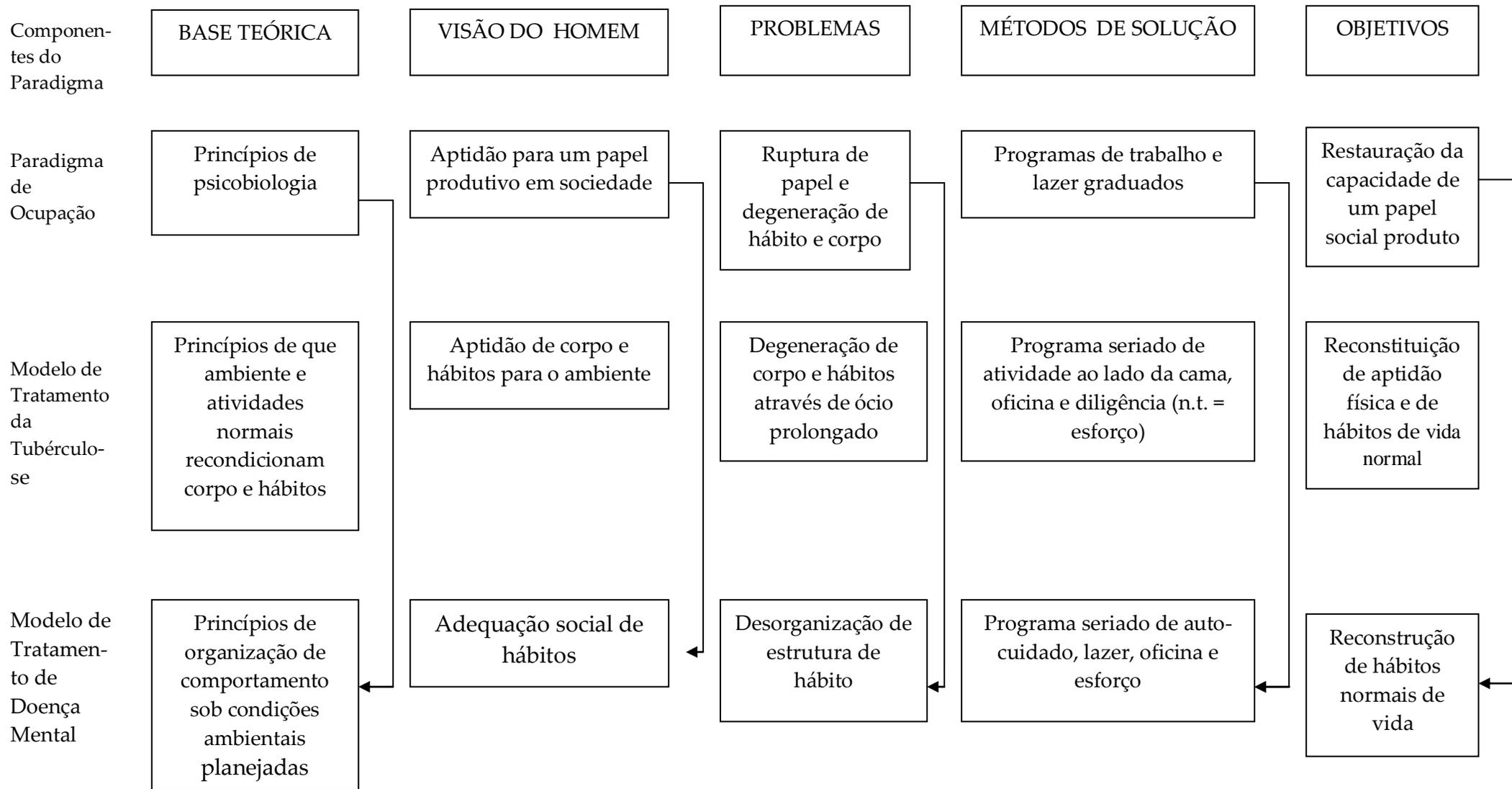


FIGURA 5: Modelos dominantes de tratamento no paradigma do reducionismo

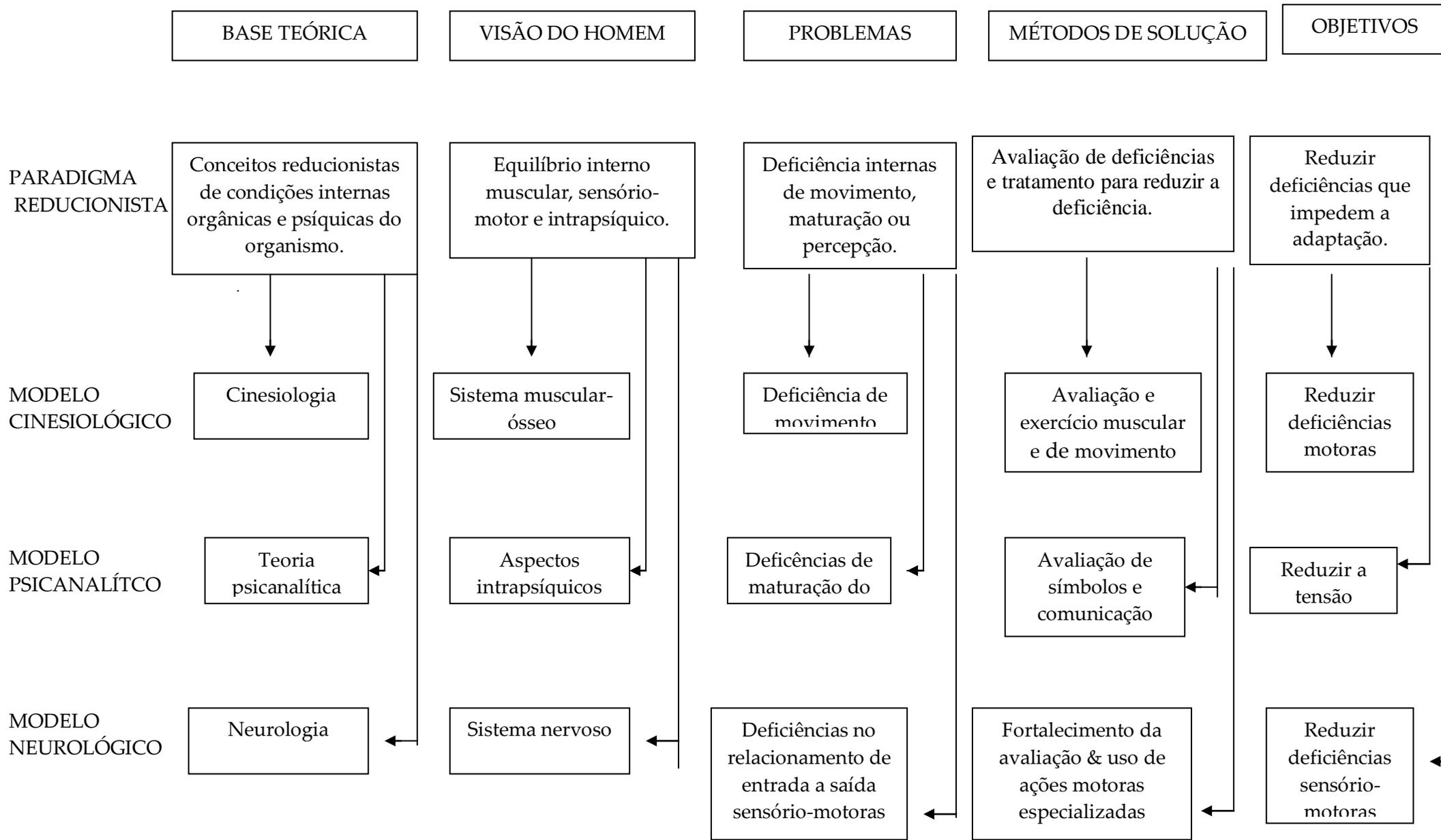
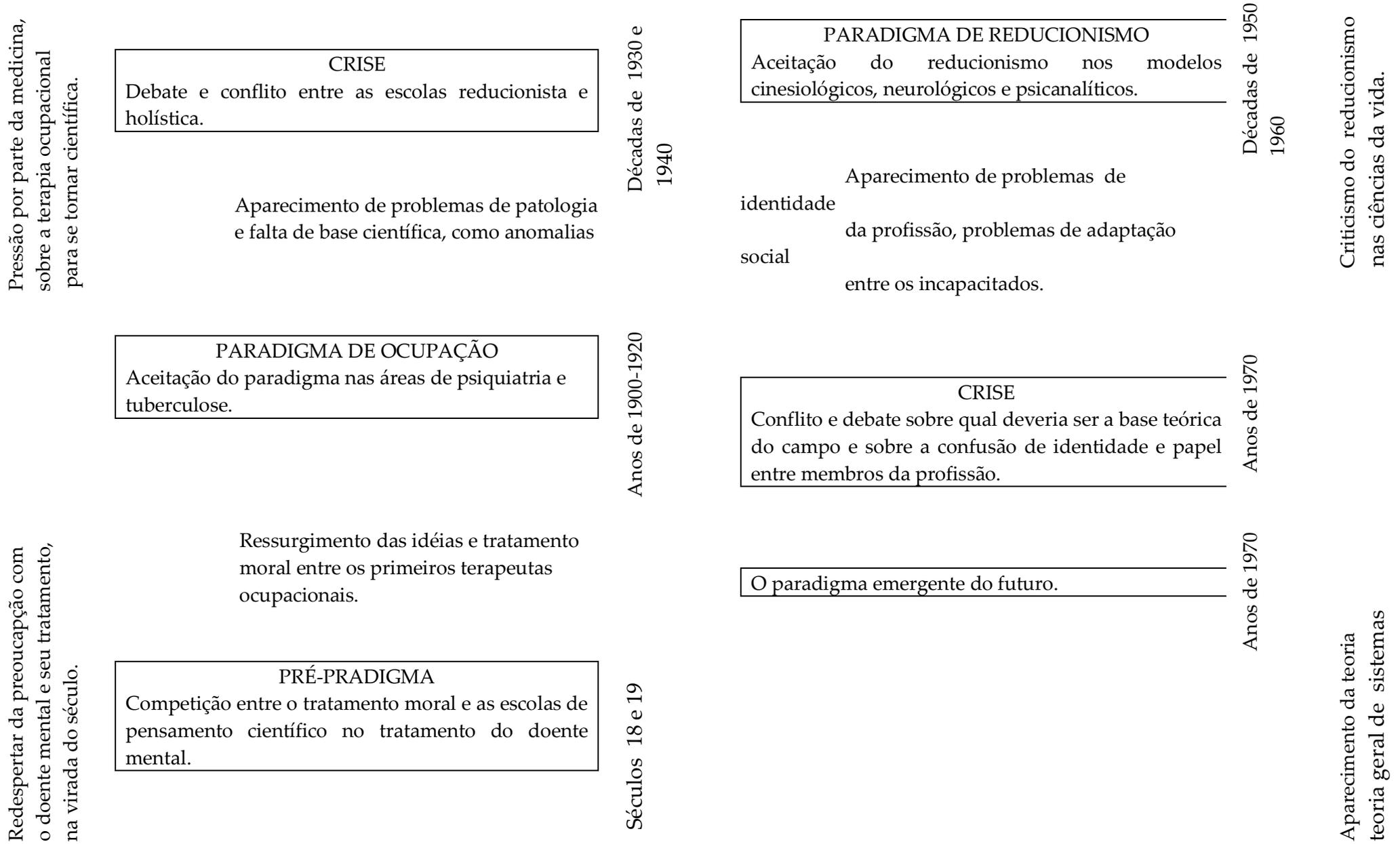


Figura 6: A história da terapia ocupacional de acordo com o modelo de revoluções científicas



CRISE: REDUACIONISMO CIENTÍFICO VERSUS HOLISMO FILOSÓFICO

O paradigma de ocupação funcionou com êxito através das décadas de 1920 e 1930; contudo, crescente tensão entre ele e uma perspectiva concorrente assinala as décadas de 1940 e 1950 como um período de crise na terapia ocupacional. A profissão sofreu pressão por parte da medicina para seguir seu caminho dentro de um modo de pensamento e ação denominado reducionismo.

As Influências Ambientais Externas do Reduacionismo. O reducionismo representa uma forma de inquirição racional que teve como pioneiras as ciências físicas e, em virtude de seu tremendo sucesso, foi posteriormente adotada pelas ciências da vida. O termo reducionismo se refere a um esforço científico para reduzir o mundo empírico a seu último denominador comum para explicação. Isto significa que cada fenômeno estudado pelo cientista devia ser reduzido ou dividido em partes ou unidades separadas mensuráveis. Posteriormente, as unidades poderiam ser medidas e seu relacionamento com outras unidades poderia, então, ser especificado. Finalmente, a esperança era a de que quando todas as unidades e relacionamentos tivessem sido descritos a nível microscópico, poderiam ser reconstruídas para alcançar uma compreensão do todo e do seu funcionamento ^(29,30). O reducionismo deu caminho a grandes conquistas científicas e se tornou o paradigma dominante de toda a ciência.

Como em todas as escolhas, houve trocas (n.t. = aqui se refere ao fato de que para se conseguir alguma coisa você deve abandonar outras); no reducionismo “a extensão é deixada de lado em favor da profundidade, e a universalidade e a versatilidade são trocadas pelo ímpeto do esforço concentrado” ⁽²⁹⁾. A fim de alcançar um status científico, a medicina retirou a metodologia das ciências físicas e aceitou o método reducionista ⁽³¹⁾. O reducionismo produziu o modelo médico que engloba os princípios do de biofísica e bioquímica e a perspectiva psicanalítica da psiquiatria. O modelo médico chegou a ver o Homem através dos conceitos de homeostase e doença ^(30, 32). A homeostase se referia ao equilíbrio das forças físicas ou psíquicas dentro do organismo ⁽³¹⁾. Neste esquema, a doença representa um desequilíbrio dessas forças precipitado por algum agente exaustivo ou traumático. Intelectualmente, a medicina compreendia

agora o Homem face-a-face a seus mecanismos internos. A visão do Homem era, literalmente, aquela que poderia ser vista através do microscópio, ou pelo escrutínio de mecanismos internos que tinham lugar no divã do analista. O holismo de MEYER, que requeria a perspectiva do Homem interagindo em seu ambiente, perdeu sua influência na medicina.

A comunidade médica exerceu uma pressão crescente sobre a terapia ocupacional a fim de ela aceitar uma perspectiva semelhante. Médicos e terapeutas começaram a propor pontos de vista que desafiavam o paradigma da ocupação e propuseram novos conceitos consistentes com o método do reducionismo. A medicina, de uma forma crescente, insistia para que a terapia ocupacional confrontasse, diretamente, os problemas motores da incapacidade física e a patologia intrapsíquica da doença mental ⁽³³⁻³⁸⁾. O paradigma da ocupação não confrontava a patologia e esta era a anomalia apontada pelos reducionistas. Além disso, de acordo com os protagonistas dessa nova perspectiva, o paradigma de ocupação, que aplicava seus princípios ao comportamento desordenado apenas com base no senso comum, não era científico.

Duas escolas concorrentes desafiaram o paradigma da ocupação; uma surgiu nos anos de 1930 a partir do trabalho com os deficientes físicos e uma outra, nos anos de 1940, a partir do trabalho com os doentes mentais. Na primeira, o esquema de trabalho curativo abandonou a base de treinamento de hábitos para os fisicamente incapacitados e substituiu-a por uma base lógica de exercício físico. A recreação não era considerada parte da terapia ocupacional e a terapia industrial foi substituída pelo treinamento vocacional direto ⁽³⁹⁾. *TAYLOR E MCNARY*, líderes desta escola concorrente, redefiniram a tarefa da terapia ocupacional como a recuperação física através do exercício ^(40, 41).

Nos anos 40, a psiquiatria criticou o paradigma da ocupação como sendo unicamente “o preenchimento de motivos humanitários ao invés de um tratamento psiquiátrico cientificamente baseado” e insistiu sobre a aceitação de uma perspectiva psicodinâmica ⁽⁴²⁾. Sob esta escola de pensamento, os terapeutas ocupacionais iriam evoluir para serem terapeutas adjuntos ao processo psicanalítico ⁽⁴³⁾.

Em resumo, durante o período de crise, a terapia ocupacional veio a sofrer influências ambientais externas de crescente pressão econômica e filosófica, por parte da medicina, para abandonar sua orientação de sendo-comum. As escolas de pensamento, durante este período, insistiam em uma nova versão científica de terapia ocupacional com o propósito de assegurar uma posição respeitável.

A ERA CIENTÍFICA; UM PARADIGMA DE REDUACIONISMO

Por volta do fim dos anos de 1950, o modelo reducionista foi introduzido na terapia ocupacional como a base de um novo paradigma. A visão do Homem, neste paradigma, focalizava seus estados internos através das bases teóricas da cinesiologia, psicanálise e neurologia. O paradigma reducionista requeria uma mudança de foco para um equilíbrio muscular, intrapsíquico interno, e problemas sensoriomotores. Não em desacordo com o resto das ciências da vida, o campo da terapia ocupacional fez a troca para uma compreensão mais profunda do Homem através de mecanismos internos e, na troca, teve que abandonar a amplitude em favor da profundidade; a universalidade e a versatilidade em favor do esforço concentrado.

O modelo menos tangível do Homem se adaptando em um ambiente social foi trocado por um modelo mecânico e progressivo – linear, definido pela lei do reducionismo. Este modelo iria prover maior certeza, iria pavimentar o caminho para o desenvolvimento de tecnologias mais exatas para o tratamento de deficiências internas, mas iria necessitar, também, um estreitamento de escopo conceitual da terapia ocupacional. Na clínica, terapeutas que tentavam tratar o paciente holisticamente tinham que se agarrar, com muito esforço, às poucas funções da terapia ocupacional justificadas pelo paradigma.

No primeiro paradigma, os esforços estavam concentrados em dar sentido ao conceito de ocupação, enquanto a energia, no segundo paradigma, focalizava-se sobre a explicação da terapia e em torná-la um empreendimento cientificamente respeitável. A fim de “cientificizar” (n.t. = tornar científica) a terapia ocupacional, devia-se concentrar esforços no desenvolvimento de uma tecnologia mais exata. Isto significou que poucos

recursos iriam permanecer para desenvolver ainda mais o conceito de ocupação. A idéia de ocupação e sua contribuição para a saúde era menos óbvia durante o período do paradigma reducionista. O papel geral que as atividades desempenhavam como parte da natureza ocupacional do Homem se tornou obscuro por causa da necessidade de explicar e analisar as atividades como parte de uma tecnologia reducionista. Esta troca de ênfase é parte do processo natural que KUHN descreve na reorganização de um campo que aceitou um novo paradigma.

O paradigma reducionista tomou sua forma de três modelos dominantes de tratamento: do modelo cinesiológico; do modelo psicanalítico ou de comunicação interpessoal; e do modelo integrativo sensorial ou neurológico. Nas seções seguintes cada modelo é discutido separadamente e a parte final desta seção irá demonstrar os três modelos como pertencentes ao paradigma do reducionismo.

O Modelo Cinesiológico. O modelo de tratamento cinesiológico estava baseado sobre os seguintes princípios de prática: mobilizar, coordenar, e reforçar seguimentos corporais; desenvolver habilidades e resistência físicas para as atividades corporais necessárias; testar os componentes físicos de aptidão ocupacional; e promover a estabilidade psicológica através de ajustamento inteligente às limitações físicas inalteráveis ⁽⁴⁴⁾.

Profundamente enraizado no modelo reducionista, o programa de terapia ocupacional para o indivíduo fisicamente incapaz visava reduzir sintomas confrontando condições patológicas. Programas especiais para diferentes grupos de diagnóstico ditavam um planejamento no tratamento. A oficina de terapia ocupacional provia tratamento através de atividades e exercícios construtivos. Através de tais atividades o paciente aprendia o movimento, a força e a coordenação para transferir para a atividade normal ⁽⁴⁵⁾. Atividades de interesse eram selecionadas para fortalecer o uso natural da parte injuriada e prover o valor psicológico de se usar a parte injuriada a fim de permitir um trabalho produtivo ou criativo, satisfazendo as necessidades básicas dos pacientes ⁽⁴⁵⁾.

A terapia ocupacional, como parte do novo conceito de reabilitação, procurou tornar o “indivíduo incapacitado tão independente quanto possível, através da

utilização de suas capacidades remanescentes, para cuidar de si mesmo, viver tão normalmente quanto possível em sociedade e exercer uma ocupação que o tornasse economicamente independente” (46).

O terapeuta se tornou um especialista na análise de equipamento adaptativo, em exercícios progressivos de resistência, em suportes funcionais, em atividades de vida diária, no desenvolvimento de tolerância ao trabalho, e em treinamento pré-vocacional (39).

O Modelo Psicanalítico ou de comunicação interpessoal. A terapia ocupacional aliou-se à teoria psicanalítica em uma tentativa de estabelecer uma base científica para a prática. Criticada como vaga e como uma fonte de atrito e confusão com outro pessoal ancilar, o campo procurou definir uma estrutura teórica. Nas décadas de 50 e 60 este movimento foi lançado pelos FIDLERS e AZIMA, utilizando conceitos psicodinâmicos para definir o que terapia ocupacional faria e como deveria fazê-lo (47, 48).

Dentro do esquema psicodinâmico, dava-se importância aos fenômenos inconscientes, com a exploração de sentimentos e comportamentos de aqui e agora como um meio para se chegar a uma conscientização e compreensão de conflitos intrapsíquicos (49).

Os instrumentos conceituais para legitimar a terapia ocupacional psiquiátrica viam o Homem como um organismo redutor-de-tensões procurando gratificação necessária para si mesmo em concomitância com as demandas ambientais (50). O papel do terapeuta era o de elicitar e promover o comportamento saudável da pessoa (51).

As estratégias de tratamento emergiam neste modelo como um meio de prover experiências agradáveis para os pacientes e de lhes dar oportunidade para “trabalharem” ou sublimarem os sentimentos (48,49,52). As atividades artesanais (n.t. = de ofício) eram utilizadas como um meio “para auxiliar as pessoas a modificar a maneira que sentiam; para diminuir a depressão; para desabafar a raiva; para tornar a realidade menos ameaçadora; é para tornar o relacionamento com os outros uma experiência mais satisfatória (49). Os objetivos do tratamento se tornaram a maturação psicosexual, a comunicação efetiva e a expressão e redução de sintomas (47,49,53). O cerne do tratamento estava voltado para os limites da permissividade e apoio a fim de dar aos pacientes

segurança suficiente para observar seus sentimentos e vir a dominar alguns de seus problemas. Dava-se importância central ao estabelecimento de um relacionamento com uma outra pessoa, de tal forma que o relacionamento terapeuta-paciente era visto como o núcleo de tratamento ^(47, 52).

O Modelo Neurológico ou integrativo sensorial. A intensificação do interesse em percepção levou ao reconhecimento de seu relacionamento com o desenvolvimento cognitivo, motor e emocional ⁽⁴⁸⁾. Como resultado, os anos 50 deram lugar ao surgimento de um novo modelo de tratamento ⁽⁵⁴⁻⁵⁸⁾. A abordagem sensorial integradora focaliza-se no sistema neuromuscular do Homem, sendo sua preocupação primária o relacionamento de estímulos sensoriais com o resultado motor. Incluída sob a orientação homeostática, a integração foi vista como a “organização do cérebro em um estado de equilíbrio que tende a ser auto-perpetuadora” ⁽⁵⁹⁾. Esta abordagem baseava-se sobre a premissa de que a capacidade para a integração intersensorial pode ser a principal fonte da capacidade adaptativa superior do homem” ⁽⁵⁹⁾.

Um padrão sistemático de técnica e prática de avaliação, com uma metodologia sofisticada e bem definida, foi orientado pelo trabalho de A. JEAN AYRES. “O princípio central em terapia sensorial integrada provê um “in put” (n. t. = entrada, estimulação) sensorial planejada e controlada, usualmente – mas não invariavelmente – elicitando (n. t. = provocando) uma resposta adaptativa relacionada a fim de fortalecer a organização de mecanismos cerebrais” ⁽⁵⁹⁾.

A terapia ocupacional dedicou-se à avaliação, ao fortalecimento e à utilização de ações motoras especializada ⁽⁶⁰⁾. A avaliação “tencionava determinar o desenvolvimento sensorial da criança e avaliar a natureza do desenvolvimento e disfunção irregulares”. ⁽⁵⁹⁾. Os programas de tratamento baseava-se principalmente na intervenção sobre a integração neurofisiológica, através do controle do comportamento sensoriomotor, e, em segundo lugar, sobre os processos intelectuais⁽⁶⁰⁾. Problemas relacionados aos déficits de habilidade eram tratados “diretamente e não através de atividades de diversão tais como guarnecimento ou tecelagem em couro”. Como afirmou MARY FIORENTINO em sua conferência (n. t. no ciclo de conferências denominado) “Eleanor Clarke Slagle” . “O corpo de conhecimento e especialização que o terapeuta

ocupacional tem a seu comando é por demais importante no preparo de uma criança para lidar com seu ambiente para ser relegado ao domínio do relaxamento (n. t. = “relax”) com atividade artesanais” ⁽⁶¹⁾. As modalidades de tratamento incluíam: equipamento especializado e atividades prescritas oferecendo oportunidades ampliadas para a exploração sensorial apropriadas ao estágio de desenvolvimento neurológico. O objetivo do tratamento era “integrar reações e reflexos básicos através da utilização de uma combinação complexa de processos cerebrais para funções de “entrada” (n. t. = input), de decodificação, de codificação e de resposta (n. t. = output), capacitando a criança a desenvolver em um indivíduo intencionalmente respondente conceitualizador” ⁽⁶¹⁾. Este modelo, originando na Pediatria, evoluiu para o tratamento de adultos.

Em resumo, pode-se demonstrar através dos três modelos de tratamento dominantes, que a terapia ocupacional aceitou e funcionou sob um único paradigma reducionista. O paradigma do reducionismo substituiu o paradigma original de ocupação e foi aceito durante as décadas de 1950 e 1960 quando a medicina dominou o hospital e a clínica, ditando os esforços de reabilitação para reduzir os estados de déficit (n. t. = deficiência). A **Figura 5** mostra o relacionamento dos modelos de tratamento com o paradigma. As bases teóricas de todos os três modelos empregavam conceitos reducionistas, e, em consequência, a visão do homem focalizava os mecanismos internos. Os problemas eram definidos como déficit e a terapia era planejada para a redução ou alívio de estados deficitários.

O resultado direto da decisão de se aceitar o paradigma reducionista é uma tecnologia impressionante para o tratamento de uma ampla variedade de incapacidades. O resultado indireto é que a base filosófica subjacentes ao campo dissolveu-se, impedindo o reconhecimento, de tal forma que existe confusão de identidade e papel entre os terapeutas.

A CRISE ATUAL: AS INFLUÊNCIAS AMBIENTAIS EXTERNAS

A crise do reducionismo não é um evento exclusivo para a terapia ocupacional. Preocupação generalizada na linha de frente acadêmica de hoje demonstra um estado de crise para muitas disciplinas. ERVIN LASEDO – descreve adequadamente a crise causada pela falha do reducionismo:

“ Desde o tempo de GALILEU e NEWTON, a ciência moderna tem sido dominada pelo ideal da explicação do comportamento, em termos causais, através de uma redução a seus menores componentes isoláveis. Os fenômenos, não obstante sua complexidade, eram investigados pelas relações causais isoladas, e a soma dessas, acreditava-se, constituía uma explicação dos próprios fenômenos. Assim, uma interação linear causal de duas variáveis emergiu como a forma principal de explicação científica, justapondo-se aos componentes primitivos de um dado complexo de eventos. A explicação, nesses termos, pressupunha o atomismo e o mecanismo como uma visão geral do mundo. Mas quando a ciência contemporânea evoluiu para a observação rigorosa, para a testagem experimental e para a interpretação daquilo que WARREN WEAVER chamou de “fenômenos de complexidade organizada”, tais explicações não mais funcionaram.

Os fenômenos complexos provaram ser mais do que a simples soma das propriedades de eles causais isolados, ou das propriedades de seus componentes, tomadas separadamente” ⁽⁶²⁾

A crise nas ciências da vida é identificada como a “emancipação insuficiente dos conceitos mecanicistas da física do século dezenove e da conseqüente crieza da filosofia reducionista” ⁽⁶³⁾. A estratégia reducionista das ciências da vida falhou em sua tentativa de chegar a uma compreensão dos processos da vida através do exame de unidades isoladas da realidade e do julgamento de pedaços de informação ^{36,64)}. O conhecimento, hoje é isolado e fragmentado e carece da coerência necessária para explicar muitos dos

processos de sistemas de vida, mesmo os mais simples ⁽⁶⁵⁾. Existem lacunas ainda maiores no conhecimento referente ao comportamento mais complexo do Homem ⁽⁵⁹⁾.

Dentro da disputa dos serviços de saúde, a visão reducionista, homeostática do Homem, aceita pelo modelo médico, falhou especialmente ao não tratar dos problemas dos incapazes crônicos ⁽⁶⁶⁾. Os problemas deste grupo estendiam-se para além de suas deficiências internas em seu fracasso para serem bem sucedidos em sociedade. Os problemas de adaptação social, para os quais o modelo médico era inadequado e que não eram tratados pelo reducionismo, são anomalias que acentuaram o fracasso do reducionismo na disputa clínica da terapia ocupacional. Os anos de 1960 e 1970 caracterizaram-se, também, pela crescente preocupação com a inadequação da base teórica de suporte da terapia ocupacional. GILLETTE ⁽⁶⁷⁾ e MOSEY ⁽⁶⁸⁾ expressaram essa preocupação e WEST ⁽⁶⁹⁾, YERXA ⁽⁷⁰⁾ e JOHNSON ⁽⁷¹⁾ clamaram por um alargamento do paradigma a fim de incluir uma compreensão da capacidade do Homem de funcionar no ambiente.

Os sinais mais evidentes de crise em terapia ocupacional giram ao redor de uma aparente crise de identidade do campo. Como SHANNON chama a atenção, não existe uma definição descritiva de terapia ocupacional (o que ela deveria ser) ⁽⁶⁾. Nas palavras de JOHNSON: "...parece que o conceito amplo de ocupação e sua contribuição para o processo curativo, que deu existência à nossa profissão, foi submerso ..." ⁽⁷²⁾. Ela identificou a troca na prática como aquela de uma fundamentação filosófica ampla para uma prática baseada mais na técnica do que na teoria.

Foram especialmente predominantes nos anos 70 os conflitos e debates sobre qual deveria ser o modelo teórico de prática. Pode-se identificar o aparecimento de escolas de pensamento concorrendo para a dominância no campo. MOSEY propôs um modelo baseado nos princípios ontogenéticos de desenvolvimento humano ⁽³⁷⁾. LLORENS tentou integrar teorias de desenvolvimento em um esquema coerente para a prática pediátrica ⁽⁷⁴⁾. A teoria de comportamento ocupacional de REILLY foi proposta como uma teoria holística para o campo ⁽⁷⁵⁾. Atualmente estas escolas competem com escolas mais antigas baseadas no paradigma reducionista. Característica de um campo em crise, a terapia ocupacional encontra-se sem um único modo de operação. A

confusão e o desacordo sobre o que é o que faz a terapia ocupacional não é um sinal de fracasso no campo, mas meramente um passo no processo da revolução científica que KUHN formulou em seu modelo.

A presente crise, então, está caracterizada por uma confusão de identidade e falta de uma teoria global de ocupação para guiar os esforços técnicos do campo. Esses dois problemas podem ser rotulados como anomalias da crise atual. O poder para solucionar esses problemas estará na característica de identificação do paradigma emergente. Como o modelo de KUHN assegura, pode-se certamente identificar o período presente de debate e conflito sobre o qual deveria ser o paradigma dominante. Presumindo-se que o modelo tenha possibilidades proféticas, poder-se-ia, com base nas anomalias identificadas da crise, prever quais deveriam ser as qualidades de um novo paradigma e isto constitui a próxima seção deste artigo.

O FUTURO DO CAMPO: ESPECIFICAÇÕES PARA UM PARADIGMA EMERGENTE

De acordo com o esquema de KUHN, a terapia ocupacional pode esperar por um paradigma emergente, que irá tratar das anomalias ou problemas que se originaram do paradigma do reducionismo. A característica de especificações do paradigma emergente deve estar baseada nos critérios de solução-de-problemas.

A primeira especificação tem a ver com a base teórica da terapia ocupacional. Se o campo deve lidar efetivamente com os problemas de adaptação do incapacitado, deve empregar uma base teórica que esteja “além do reducionismo” e que permita uma compreensão da adaptação do Homem ^(66, 76).

O novo conhecimento deve evoluir a fim de dar apoio a uma compreensão dos sistemas de vida e do Homem. Além disso, esses sistemas de vida devem ser entendidos em termos de sua totalidade, ordem hierárquica, crescimento e mudança em complexidade, e em termos das leis gerais que governam sua organização ^(63, 65, 71). A literatura corrente que apóia este ponto de vista é semelhante à teoria que apoiava o paradigma original de ocupação em sua concepção holística e humanística do homem.

Enquanto o movimento original da terapia ocupacional estava assentado na aplicação do tratamento moral, o ímpeto presente terá necessidade de ser expresso numa abordagem denominada Teoria Geral de Sistemas. Nas palavras de LAZLO, ela “veio representar um novo paradigma do pensamento científico contemporâneo ... E ela fornece, possivelmente, a mais poderosa ferramenta que temos hoje para efetuar a unificação do conhecimento científico e para a utilização daquele conhecimento para fins humanísticos.”⁽⁶²⁾. Parece inevitável que o paradigma emergente de terapia ocupacional terá que seguir a rota da teoria geral de sistemas e que terá que reoperacionalizar os conceitos originais do paradigma de ocupação. A última estratégia iria lidar com o problema de confusão de papel, onde a primeira iria estudar a inadequação da base teórica do campo.

A segunda especificação clama por uma visão do Homem que será aceita sob o paradigma emergente. De acordo com teóricos gerais de sistemas, o Homem deve ser compreendido como um organismo que se utiliza de símbolos, um organismo social; esta visão biossocial do Homem requer uma perspectiva interdisciplinar⁽³⁰⁾. O pai da Terapia Geral de Sistemas, LUDWIG VON BERTALANFFY, descreve a nova visão do Homem como um sistema ativo. Ele afirma:

Eu penso que as atividades Humanas não podem ser consideradas de outra maneira. Eu, por exemplo, sou incapaz de ver como as atividades criativa e culturais de todas as espécies podem ser vistas como “ resposta aos estímulos”, “ gratificação de necessidades biológicas”, “ reestabelecimento da homeostase”, ou outras semelhantes... O homem não é um receptor passivo de estímulos vindos de um mundo externo, mas, em um sentido muito concreto, cria seu universo.⁽⁷⁷⁾

Note a similaridade com a visão anterior do Homem sob o paradigma da ocupação:

“Nossa concepção de homem é aquela de um organismo que se mantém e se equilibra no mundo de realidade e efetividade por estar em vida ativa e em uso ativo, isto é, usando e vivendo e agindo sobre seu tempo em harmonia com sua própria natureza e sobre a natureza ao seu redor.”^(12, p5)

O “ajuste entre a Teoria Geral de Sistemas e as idéias que deram início ao campo da terapia ocupacional torna muito clara a tarefa de desenvolver uma visão do Homem. O novo paradigma tomará a visão do Homem a partir da pesquisa para explicações de mecanismos internos numa disjunta de compreensão do Homem social dentro de um esquema teórico holístico.

O paradigma emergente deve expandir os esforços de descrição do Homem – através de seus componentes internos de movimento, “circuicidade (n. t. = referente a um esquema de circuitos elétricos), maturação, com o fim de compilar uma visão do homem ocupando ativamente um mundo físico, temporal e simbólico.

A terceira especificação segue-se a partir das duas primeiras e completa a descrição do paradigma emergente. Ela diz respeito aos problemas, métodos de solução e objetivos do paradigma emergente. Coerentemente com a visão abrangente do Homem, deverá ser o necessário interesse por sua capacidade de desempenhar papéis sociais produtivos. Os objetivos de tratamento precisarão focalizar a adaptação do indivíduo incapacitado junto à sua família, vizinhança e comunidade. Reconhecendo-se que os modelos lineares de causa-e-efeito do reducionismo não podem mais fornecer uma tecnologia completa para o tratamento (isto é, que a competência não se segue imediatamente à eliminação da deficiência), deve haver uma troca da concentração da redução de estados deficitários para aquela do desenvolvimento de competência a despeito das deficiências.

Uma base teórica e uma visão abrangente do Homem irá requerer uma metodologia positiva dirigida aos problemas de ruptura de papel social e orientada para os objetivos de adaptação à ecologia social.

A especificação final é geral e diz à organização geral do paradigma. Deve-se notar que a mudança à qual os autores se referem é uma reorganização e não impõe a rejeição completa de conhecimentos já acumulados em terapia ocupacional. O corpo

conhecimentos do paradigma original de ocupação é essencial para a identidade do campo e deve ser modernizado. A tecnologia do reducionismo deve ser mantida para as clínicas onde deficiências sérias impedem a aquisição de habilidades de competência e ameaçam a ruptura através de uma degeneração ainda maior de mecanismos internos. A organização de ambas perspectivas, isto é, dos paradigmas de ocupação e do reducionismo, é necessária em conformidade com o paradigma emergente. A teoria Geral dos Sistemas fornece um método para a unificação dessas duas perspectivas tão diferentes e para a organização do conhecimento diversificado, criando a partir da matriz interdisciplinar.

RESUMO

Este artigo segue um modelo de revoluções científicas a fim de analisar o crescimento e a mudança do corpo de conhecimentos em terapia ocupacional durante os últimos 60 anos. A **Figura 6** esquematiza aquela história, de acordo com o esquema fornecido pelo modelo analítico. Esta análise histórica demonstrou que a terapia ocupacional passou por dois paradigmas e está, atualmente em um estado de crise.

O primeiro paradigma de terapia ocupacional, o paradigma da ocupação, surgiu da escola de pensamento em psiquiatria, no século 19 denominada “tratamento moral”. Dentro de um contexto de crescente conscientização dos problemas do doente mental e de atitudes esclarecedoras e otimistas em medicina a respeito da capacidade de tratamento para este grupo, na virada do século, a terapia ocupacional emergiu como uma nova profissão, fornecendo uma intervenção à semelhança do trabalho do tratamento moral. A terapia ocupacional aceitou por esta época o paradigma de ocupação que provia uma orientação holística para o Homem e para a saúde no contexto da cultura da vivência diária e suas atividades. Nos anos de 1930, a terapia ocupacional veio a sofrer crescente pressão por parte da medicina para tornar científica a sua prática. O paradigma da ocupação foi criticado por sua abordagem de “senso-comum” e por sua falta de orientação científica. O reducionismo, que predominava sobre as ciências da vida durante esta época, dói aceito pela terapia ocupacional como o modelo para tornar científico seu empreendimento terapêutico. Nos anos de 1940 e 1950

surgiu um paradigma de reducionismo e produziu três modelos principais de tratamento: o psicanalítico, o cinesiológico e o neurológico. Este paradigma forneceu ao campo uma metodologia precisa e exaustiva, mas sua orientação técnica resultou em uma perda de idéias filosóficas que originariamente fundamentavam a profissão. A profissão entrou novamente em crise nos anos de 1970. Houve um reconhecimento geral nas ciências da vida que o reducionismo não forneceria todas as respostas e que era particularmente inadequado para propiciar uma compreensão da adaptação e organização dos sistemas de vida. A terapia ocupacional encontra-se presentemente em crise, caracterizada pela confusão sobre o papel e a identidade da terapia ocupacional. Com base nos dois problemas de inadequação teórica do reducionismo e na deterioração da base filosófica em terapia ocupacional, os autores fizeram certas previsões sobre as características do paradigma que irá emergir no futuro.

AGRADECIMENTOS

Este artigo baseia-se em parte em material submetido por ambos autores, como preenchimento parcial dos requisitos para o Grau de Mestre em Artes, na Universidade de Southern Califórnia, Los Angeles. O apoio financeiro parcial para este estudo foi fornecido pela Divisão de Recursos Humanos de Auxiliares de Saúde, do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar.

Os autores desejam expressar agradecimentos especiais à Associação Americana de Terapia Ocupacional que lhe permitiu o acesso ao material de arquivo. Agradecimentos gerais aos estudantes e membros docentes da Universidade de Southern Califórnia, e especialmente à Dra. Mary Reilly, cujos esforços inspiraram e auxiliaram a pesquisa e preparação deste documento.