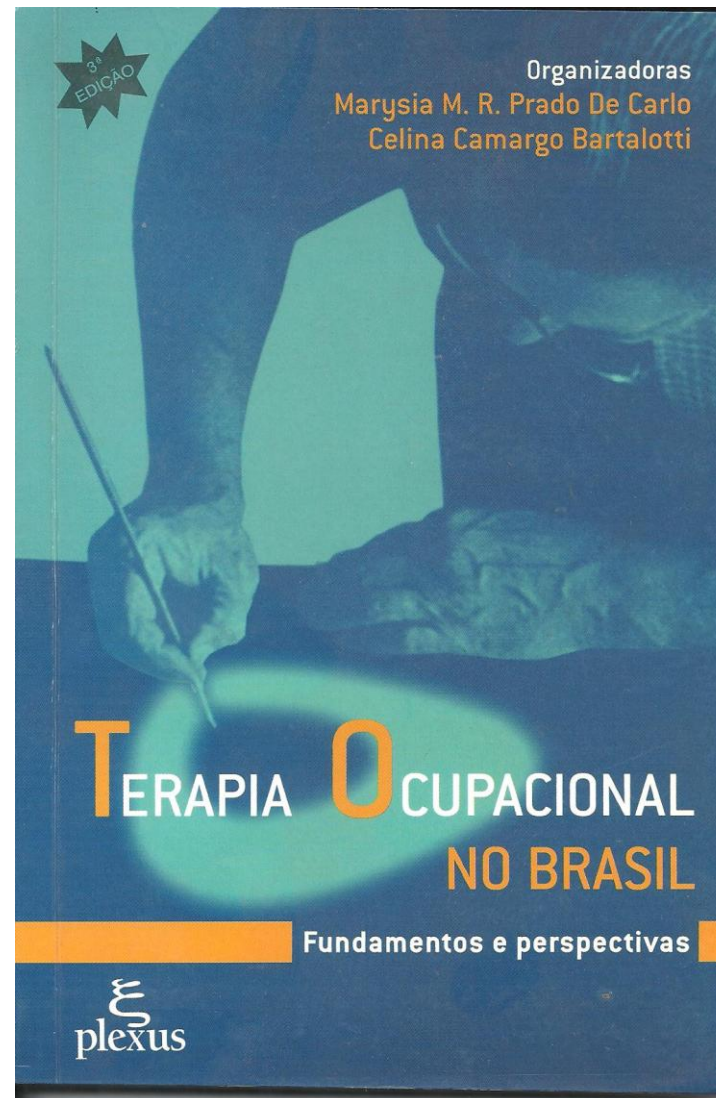
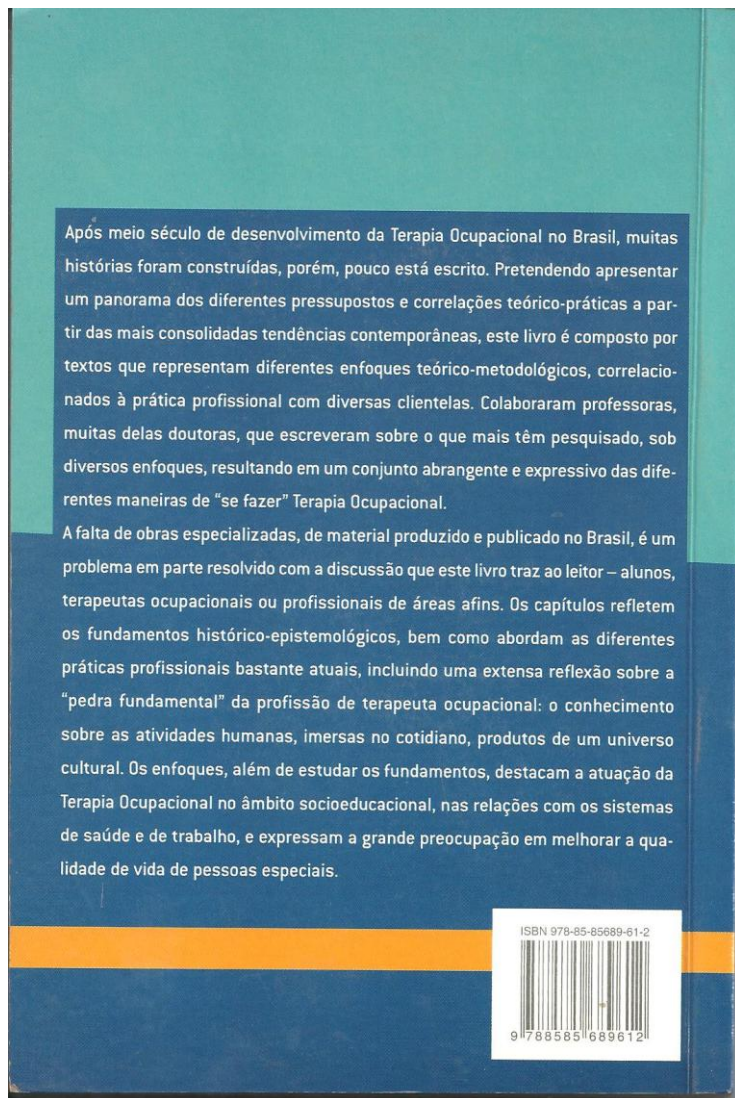




DE CARLO, MMRP e BARTALOTTI, CC. (org) **Terapia Ocupacional no Brasil – Fundamentos e Perspectivas**. 3ªed, Plexus, 2008, 181p.

Caminhos da Terapia Ocupacional

1

Marysia M. R. do Prado De Carlo
Celina Camargo Bartalotti

Na literatura de Terapia Ocupacional há obras que apresentam uma história sobre o uso terapêutico das ocupações que, em geral, remonta à Antiguidade; nessa perspectiva, a profissão encontra seus precursores históricos entre gregos e romanos. Acreditava-se que os trabalhos, exercícios, artes e artesanatos poderiam “curar” aqueles que estivessem “possuídos pelo demônio”, e a todos os doentes eram oferecidas ocupações, com o propósito de manter o ambiente tranquilo e favorecer o contato com os “deuses”. Entretanto, segundo Medeiros, a origem da Terapia Ocupacional não é tão remota como sugerem os autores “clássicos” (que referem haver indícios sobre o uso “terapêutico” das atividades desde a Antiguidade).

Desde seu princípio, a Terapia Ocupacional caracterizou-se como profissão da área da saúde – surgiu como recurso, instrumento e ato médico, sendo que as concepções de saúde, doença e terapêutica relacionam-se historicamente à produção do saber. Assim, não há uma história específica apartada das ciências da saúde e educação, de um modo geral. É importante compreender a utilização da atividade humana em diferentes épocas, inclusive para poder entender as diversas características assumidas pela profissão Terapia Ocupacional em diferentes momentos históricos e contextos socioculturais.

Dessa forma, não há linearidade evolucionista na história da Terapia Ocupacional, mas histórias que são construídas,

dialeticamente, na cotidianidade das relações sociais, sejam elas de ordem pessoal ou profissional.

Os movimentos precursores da Terapia Ocupacional

Nos séculos XVII e XVIII acreditava-se que todos os indivíduos que suscitavam repulsão ou temor – indigentes, vagabundos, preguiçosos, incapazes, velhos, prostitutas, loucos, deficientes –, considerados como ameaças à sociedade, deviam ser afastados e confinados num espaço isolado do convívio social. Eles eram recolhidos para que fossem cuidados, mas, na verdade, o que se praticava era seu isolamento e exclusão, para proteger a sociedade contra a desordem dos loucos e dos diferentes e dos perigos que eles representavam. Nesses asilos, que foram os antigos leprosários da Idade Média, os marginalizados sociais (só mais tarde reconhecidos como doentes) sofriam ações punitivas, dentro de um regime semipenitenciário e semicaritativo.

As disposições de correção e repressão dos delitos valiam para todas as categorias de “marginais”, fossem estes vinculados a formas de desvio familiar, de indisciplina militar ou religiosa ou a ameaças à segurança pública. Todos eram reunidos nos mesmos estabelecimentos, pois estavam sob um mesmo estatuto legal e enquadrados na categoria geral de insanos; as diferenciações que ocorriam no interior do enclausuramento deviam-se às exigências disciplinares e não estavam associadas à preocupação de realizar diagnósticos ou tratamentos. Havia agentes institucionais que, contrários à presença de alienados nas casas de detenção, propunham não só a criação de espaços médicos dentro daquelas instituições, como também a divisão e enclausuramento dos doentes segundo os tipos de comportamentos patológicos (o que é a base da tecnologia asilar).

Com função de caráter mais religioso que médico, o hospital devia ser lugar também para a transformação espiritual de uma diversificada população marginal. A instalação dos asilos justificava-se mais pelas exigências de ordem social que pelas necessidades terapêuticas de isolamento para o tratamento do doente. A equipe hospitalar tinha como objetivo realizar trabalho caritativo, com a pretensão de salvar a alma do pobre e a sua própria; a presença do médico era mais para justificar a

existência institucional que, propriamente, para a promoção da saúde, até que o hospital se converteu em espaço médico e seu funcionamento foi reorganizado segundo critérios médicos.

Embora o surgimento do hospital como instrumento terapêutico tenha ocorrido no final do século XVIII, foi somente a partir do início do século XIX que surgiu a medicina hospitalar e o hospital terapêutico como o compreendemos atualmente; até então, a prática médica tinha caráter não-hospitalar. Ao serem propostos como “meios terapêuticos”, foram reorganizados como estabelecimentos especiais, mas mantiveram as mesmas características de discriminação social da velha organização hospitalar. Com a mudança do caráter e dos objetivos do hospital, o médico adquiriu o poder e a responsabilidade pela organização hospitalar, que deveria tornar-se um meio terapêutico inteiramente medicalizado.

O tratamento, imposto pelo diagnóstico médico e justificado pela racionalização terapêutica, apareceu como uma espécie de sanção que deveria ser disfarçada. As transformações do saber e da prática médicos procuraram eliminar as desordens decorrentes das enfermidades e de sua estrutura econômico-social, controlar minuciosamente os corpos, os comportamentos e os discursos, por mecanismos disciplinares introduzidos na cotidianidade. Se até o século XVIII os criminosos, vagabundos, mendigos e dementes em geral eram confundidos, tratados todos como “marginais” e assistidos indistintamente, a partir do século XIX, com a medicalização e diferenciação dos aparelhos de tratamento, o louco e o idiota foram reconhecidos por suas características, mas essa identificação carecia de *status científico*.

O pesquisador francês J. P. Goubert traz interessantes esclarecimentos sobre a história do seu país, com relação às transformações no campo da assistência àquelas populações “marginais”.

A noção de trabalho ou de atividade penetra o mundo hospitalar, não como meio terapêutico, mas como modo de educação, de coerção física e de moral. Isto se passa na França, séculos XIV e XV, quando uma profunda crise demográfica, social e religiosa, a peste, a guerra e a fome são os atores principais. Naquele tempo, os

recursos próprios aos hospitais diminuíam fortemente, ao passo que a demanda cresce sensivelmente.[...]

Na Paris revolucionária (1794) [...] a filosofia do século do Iluminismo aspira a aperfeiçoar a natureza humana em geral, e encarrega à Medicina de pesquisar os meios. [...] O “tratamento moral” preconizado por Pinel (1801), depois aplicado pelos seus discípulos, como Esquirol, decorre da noção de doenças mentais, das quais se pensava que provinham de alterações patológicas do cérebro. Uma tranca se abriu: a dos hospitais-prisão para os loucos. Isso vai permitir tratar de forma firme e benevolente os “alienados” e de tentar dialogar com eles, por intermédio das primeiras terapias ocupacionais. (1999, pp. 37-9)

O “tratamento moral”, que era a essência da atividade terapêutica asilar, trouxe a idéia do asilo como uma casa de educação de caráter especial, onde se deveria reformar o espírito do doente, inculcando-lhe as normas de conduta mediante técnicas disciplinares de caráter coercitivo, a partir do seu isolamento do ambiente sociofamiliar. Os resultados ou eficácia terapêutica dessa estratégia disciplinar não poderiam ser avaliados por índices de “cura”, mas, sim, pelo funcionamento institucional, pois, de forma autoritária, o que se pretendia era o condicionamento do doente para impedir a desordem. Nessa perspectiva, é interessante apontar a seguinte afirmação de Elso Arruda, referindo-se a Pinel:

A terapêutica ocupacional foi então introduzida, como parte integrante da sua reforma. Afirmou Pinel: “o trabalho constante modifica a cadeia de pensamentos mórbidos, fixa as faculdades do entendimento, dando-lhes exercício e, por si só, mantém a ordem num agrupamento qualquer de alienados”. (1962, p. 25)

Para a Escola de Tratamento Moral, o problema central é o ambiente físico e social e a situação de vida do paciente (aspectos que devem ser modificados), a desorganização do comportamento, os hábitos errados e as reações ao estresse (considerava-se que o doente apenas sucumbira às pressões externas, cabendo à sociedade a obrigação moral de ajudá-lo a voltar à vida normal). Seus objetivos eram a modificação e

correção de hábitos errados e a criação e manutenção de hábitos saudáveis de vida, visando à normalização do comportamento desorganizado do doente. A metodologia: programa com ênfase nas atividades de vida diária (AVDs) consideradas normais, em ambiente alegre e de apoio, que proporcionassem uma vida saudável ao doente; preconizava o uso de “remédios” morais, de educação e atividades cotidianas, como jogos e o trabalho, para normalizar o comportamento desordenado do doente mental.

Uma das formas de sujeição dos doentes, dentro das estratégias do tratamento moral, foi a introdução do trabalho, com a utilização ordenada e controlada do tempo, como recurso terapêutico (uma ação mais próxima da laborterapia), pretendidamente “ressocializante” por favorecer a aprendizagem da ordem e disciplina, e como forma de rentabilização econômica do asilo. Foi concebida uma estratégia com o objetivo de alcançar o equilíbrio financeiro dos asilos, baseada tanto na admissão de internos pagantes como no trabalho gratuito dos internos, com formas de chantagem como a distribuição ou retenção de pequenos privilégios.

[...] o trabalho produtivo passa a ser enfatizado e é também por meio dele que se espera alcançar a reinserção social.

O trabalho como instrumento de terapêutica ocupacional médica, portanto, prescrito e orientado pelos médicos, sendo núcleo central do Tratamento Moral, determinou a relação estreita, até hoje conservada, entre psiquiatras e terapeutas ocupacionais. (Benetton, 1999, p. 22)

Assim, até meados do século XIX, prevalece o movimento alienista, marcado pela compaixão pelos insanos, já vistos como doentes que deveriam ser submetidos a intervenções terapêuticas. Contudo, criou-se uma justificação médica para a exploração dos doentes, associando o objetivo econômico (o trabalho dos internos como fonte orçamentária para a manutenção da instituição) ao objetivo de ocupação, recreação e disciplinação. A “Escola do Tratamento Moral”, proposta pelo movimento alienista, baseado na filosofia humanista, foi a escola precursora da Terapia Ocupacional.

Com a implantação do racionalismo experimentalista e a afirmação do cientificismo como atitude intelectual, se dá o advento da Filosofia Positivista e a Escola do Pensamento Científico. O objeto do enfoque, na explicação e tratamento da doença mental, passou a ser o cérebro humano (em vez do ambiente), e a etiologia da doença mental passou a ser identificada na patologia do cérebro. O individualismo substituiu a filosofia humanitária que apoiava o tratamento moral.

Sem um forte comprometimento social para tratar o doente mental e com instituições superlotadas (fato agravado pelo afluxo de imigrantes), o tratamento moral declinou no século XIX (período de obscurantismo no uso das ocupações). Passou a predominar a concepção organicista da doença mental, que era explicada por conceitos anatômicos, bioquímicos ou endócrinos, com a realização de estudos clínicos e cirúrgicos para localizar alterações encefálicas que seriam responsáveis pelas condutas do doente mental.

Segundo Kielhofner e Burke, no início do século XX houve a re-emergência das idéias do tratamento moral, aliadas à emergência da nova "Teoria da Psicobiologia" de Adolf Meyer, a qual estava baseada nas relações entre padrões de hábitos e doença mental. Embora Goubert afirme que Meyer, de origem norte-americana, não se inspirou nos princípios do tratamento moral (que estavam muito mais associados às práticas profissionais exercidas na psiquiatria francesa), o que se tem é que o homem passou, então, a ser visto como um organismo complexo (psicológico e biológico, em interação com o mundo social). O enfoque, agora, é sobre os mecanismos de organização do comportamento e estilo de vida (menor ênfase sobre o cérebro); o problema é a desorganização do papel social; a metodologia de intervenção baseia-se na utilização ativa e intencional do tempo, dividido equilibradamente entre trabalho, repouso, lazer e sono; o objetivo é organizar o comportamento.

Calcado nos princípios da psicobiologia e em razão de dois fatos na área médica – o crescimento da preocupação com a prevenção de ocorrências e recorrências de doenças e o aumento do número de pessoas incapacitadas pela guerra –, surgiu o movimento denominado "reabilitação". Com ele, à medida que havia a necessidade de pessoas capacitadas e produtivas para a reconstrução social no pós-guerra, cresceu o reconhecimento

do tratamento pela ocupação no atendimento tanto ao doente físico como mental. Visando à reabilitação e reinserção social do indivíduo pela restauração de sua capacidade e competência para um papel produtivo em sociedade, o tratamento por intermédio das ocupações propunha, então, o treinamento de hábitos adequados de autocuidado e de comportamento social mediante gradualismo de demandas físicas para a atividade.

Nossa concepção de homem é de um organismo que se automantém e se auto-equilibra no mundo da realidade, estando em vida ativa e uso ativo, i.e., usando, vivendo e agindo no seu tempo, em harmonia com sua própria natureza e a natureza à sua volta. É o uso que fazemos de nós mesmos que dá a marca definitiva a todos os nossos órgãos. (Meyer, 1922, apud Kielhofner, 1992, p. 29)

Meyer muito influenciou Eleonor Clark Slagle, americana que veio a ser uma das fundadoras da primeira escola regular de Terapia Ocupacional nos Estados Unidos e da Associação Americana de Terapia Ocupacional. Suas idéias, baseadas no princípio de que o comportamento só poderia ser organizado pelo agir, pela utilização ativa e intencional do tempo no contexto de uma vida normal, foram determinantes na constituição teórico-prática de uma nova profissão – a Terapia Ocupacional.

Na história da Terapia Ocupacional, deve-se fazer referência, também, a outro médico – Hermann Simon, que veio a ter forte influência sobre a assistência psiquiátrica brasileira, sobretudo pelos trabalhos de Luiz Cerqueira e Ulisses Pernambuco. Como psiquiatra, Simon praticava a ocupação terapêutica, desde 1905, no Hospital de Warstein e depois em Gütersloh, na Alemanha; seu método, denominado "Tratamento Ativo", partia da idéia de que "vida é atividade, princípio que rege tanto a vida corporal como a mental, dado que o homem nunca permanece sem fazer nada; se não faz algo útil, faz algo inútil" (1937, p. 24). Opunha-se, assim, à clinoterapia (tratamento do leito), tão em voga no seu tempo, pois acreditava que o repouso do encamamento acarretava a abolição da atividade mental e a demência.

Para o dr. Simon, da Alemanha, deve ser dado o crédito primeiro pela utilização das ocupações, e depois pela ocupação industrial praticada em todos os hospitais psiquiátricos e oficinas especiais, com um sistema e planejamentos definidos, baseados em resultados finais curativos. Foi em 1905, no Westphalian State Mental Hospital em Gütersloh, situado entre Dusseldorf e Hanover, que Simon desenvolveu seu esquema de terapia ocupacional e o aplicou sistematicamente em todo o hospital. A energia e o sucesso de seus esforços podem ser avaliados pelo fato de que ele conseguiu ocupar, em um sentido terapêutico, 98% de seus pacientes. Sua reputação se espalhou, não somente em outros hospitais psiquiátricos da Alemanha, mas na Europa em geral. O método de Simon foi copiado com sucesso no State Hospital of Baden, em Richenau e também no South German Mental Hospital em Constanza, assim como em muitos outros. (O'Sullivan, 1955, p. 7)

Enfim, a idéia do uso terapêutico das ocupações como prática médica (na realidade, exercida por enfermeiras e assistentes sociais) apareceu na literatura médica a partir do século XVIII. Contudo, foi somente no século XX que se deu a aceitação da utilização terapêutica da ocupação, a partir do reconhecimento de que a saúde do indivíduo está ligada às complexidades das experiências diárias, num mundo físico e social complexo, e da afirmação sobre o direito do homem de se livrar de doenças, de ser respeitado e de se auto-satisfazer.

A profissão Terapia Ocupacional, que surgiu na segunda década do século XX, resultou da compartimentalização do conhecimento, com a conseqüente especialização do trabalho, e seu alcance profissional continua, em grande medida, variando segundo o campo médico ao qual ela está associada (ortopedia, neurologia, geriatria, psiquiatria etc.).

Segundo referência de alguns manuais de Terapia Ocupacional, William Rush Dunton foi quem lançou, em 1915, o primeiro manual completo de instruções de Terapia Ocupacional - *Occupational Therapy: a manual for nurses*; os primeiros trabalhos teóricos em Terapia Ocupacional foram indicados especialmente para enfermeiras. Em 17 de outubro de 1917 foi fundada nos Estados Unidos a National Society for the Promotion of Occupational Therapy, cujo primeiro presidente foi

George Edward Barton, um arquiteto que havia experimentado os efeitos benéficos do trabalho durante sua própria doença.

A organização da Terapia Ocupacional, como categoria profissional e como profissão da área da saúde, está bastante ligada ao período da Primeira Guerra Mundial, a qual provocou o aumento dos incapacitados e neuróticos de guerra. A primeira escola profissional nos Estados Unidos foi criada em 1917, enquanto em outros países (como Inglaterra) a profissão foi inaugurada com o início da Segunda Guerra Mundial. Os cursos e programas de Terapia Ocupacional eram conduzidos e supervisionados por médicos com auxílio de enfermeiras e assistentes sociais, que muitas vezes acabaram se transformando em terapeutas ocupacionais.

Naquela época, as mulheres eram escolhidas para exercer a profissão, pois acreditava-se que suas características maternais fossem muito benéficas no tratamento dos doentes mentais. Foram elas, também, as pioneiras no trabalho com indivíduos incapacitados, recebendo a denominação de "auxiliares de reconstrução".

De acordo com Kielhofner e Burke, nas décadas de 1930 e 40, nos Estados Unidos, a Terapia Ocupacional viveu uma pressão do desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde que, ao definir melhor as patologias, exigia também intervenções mais definidas, para que saísse do senso comum e alcançasse *status* científico, pois o tratamento pela ocupação (nos moldes do "Paradigma da Ocupação") era considerado não-científico.

Essas interpretações sobre a história da profissão apontam para uma representação da Terapia Ocupacional como "vítima" das pressões da medicina, principalmente quando se fala de uma "perspectiva reducionista" da profissão. Na realidade, o que pressionou a Terapia Ocupacional a adotar novas estratégias de tratamento foi a necessidade de responder a novas questões que se apresentavam, bem como as demandas das populações, alteradas pelas novas descobertas e formas de tratá-las. À medida que as demandas das populações se tornavam mais complexas, os profissionais buscavam formas melhores e mais eficientes de responder e tratar os problemas, assim como foram sendo desenvolvidos novos recursos técnicos e tecnologias.

Na saúde, e particularmente na terapia ocupacional, abre-se espaço para a readaptação e reabilitação; começam a ser criadas as precondições para uma tendência que, para além da "moral" e do "caráter", exigirá algum preparo um pouco mais técnico, mais científico e é nessa linha que, ao longo das décadas de 1920 e 30, há aproximação gradativa, ainda que subalterna, da terapia ocupacional com a categoria médica, com o que busca se autoconferir, perante a sociedade, um certo *status* profissional especializado. (Lopes, 1991, p. 25)

Apesar da grave crise econômica que atingiu os Estados Unidos no final da década de 1920 e se espalhou pelo mundo (período da depressão), o que provocou a quase extinção dos programas de recuperação dos incapacitados, com a Segunda Guerra Mundial surgiu a necessidade de terapeutas ocupacionais em hospitais civis e militares. Com isso, houve um aumento desordenado do número de escolas (o que exigiu a elaboração dos padrões mínimos para os cursos) e uma expansão considerável da Terapia Ocupacional, sobretudo na área do tratamento das incapacidades físicas. Logo, tanto a profissão como os primeiros serviços especializados vão surgir dentro de locais tais como asilos e hospitais gerais que, no decorrer do tempo, foram se transformando em entidades de reabilitação.

O aperfeiçoamento dos conhecimentos na área da saúde exigiu o desenvolvimento de novos procedimentos de tratamento; o holismo de Meyer (com a perspectiva do homem interagindo no ambiente), considerado como não-científico, perdeu influência e entrou em decadência. A Terapia Ocupacional passou a privilegiar o cuidado diretamente dos problemas motores da incapacidade física e da patologia intrapsíquica da doença mental, adaptando-se ao novo modelo médico para, dessa forma, adquirir maior reconhecimento profissional e social.

Durante as décadas de 1940 a 60, a Terapia Ocupacional foi fortemente influenciada pelo Movimento Internacional de Reabilitação, nascido de uma necessidade da população de atendimentos em especial na área das disfunções físicas. Foi um período de intensas transformações na área da saúde, como se pode observar pelo texto, a seguir, de Mosey.

À medida que diminuía a massa de veteranos incapacitados, grupos preocupados com um grande número de condições incapacitadoras procuravam reabilitação. Foram estabelecidos programas especiais de acordo com as categorias de doença.

Valores, idéias e atividades relativas ao incapacitado foram alterados concomitantemente ao movimento de reabilitação. Por exemplo: foi dada ênfase à movimentação precoce e exercícios de condicionamento; materiais novos e experimentação levaram a aparelhos protéticos e ortopédicos melhores e adaptados ao indivíduo; foram desenvolvidas novas técnicas, graças ao conhecimento maior do sistema neuromuscular; orientação psicossocial e o treinamento vocacional foram considerados uma parte significativa da reabilitação. Pessoas interessadas em psiquiatria começaram a formulação da teoria de que a doença mental surgia de relações interpessoais errôneas. As portas dos hospitais foram abertas. As drogas começaram a ser usadas quase universalmente na assistência a pacientes psiquiátricos. Havia muita exploração de formas mais novas e breves de terapia. As pessoas começaram a reconhecer que a comunidade era importante [...]

Juntamente com outros grupos profissionais emergentes, a terapia ocupacional associou-se ao movimento de reabilitação.[...]

A base teórica usada conscientemente pelo terapeuta ocupacional durante esse período era, na melhor das hipóteses, embrionária. A ênfase estava na técnica mais do que na teoria. (1979, pp. 48-9)

Essas informações são muito relevantes para a compreensão da história da Terapia Ocupacional no Brasil, pois foi justamente nesse período que se constituíram os primeiros cursos de formação de terapeutas ocupacionais no país.

A Terapia Ocupacional no Brasil

As primeiras instituições brasileiras que atendiam pessoas com incapacidades físicas, sensoriais ou mentais foram criadas a partir da segunda metade do século XIX. Os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais foram os pioneiros, com a fundação de hospitais (especializados em atender deficientes visuais e auditivos e doentes mentais) e de escolas especia-

lizadas para deficientes mentais, como: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos (RJ), Asilo Provisório de Alienados e o Instituto Padre Chico (SP). Muitos desses hospitais, fundados naquele tempo, existem até os dias atuais.

Na história da utilização das ocupações como forma de tratamento no Brasil, é importante a referência à vinda da família real portuguesa (século XIX), que deu impulso à reestruturação psiquiátrica, principalmente depois da Independência. A utilização do trabalho como forma de tratamento, no Brasil, iniciou-se com a fundação do Hospício D. Pedro II em 1852, no Rio de Janeiro.

Em 1898 iniciou-se o funcionamento do Hospital do Juqueri, atualmente chamado de Hospital Franco da Rocha, num terreno de 1.400 alqueires próximo à cidade de São Paulo, para atender os doentes mentais de todo o país. Franco da Rocha e Pacheco e Silva lá introduziram o tratamento pelo trabalho intitulado "praxiterapia". O Hospital do Juqueri chegou a ter mais de mil pacientes internados, sendo que a principal atividade desenvolvida pelos pacientes era de cunho rural, destacando-se a agropecuária, cuja produção não apenas supria as necessidades da própria instituição, como era comercializada.

No início do século XX, surgiram novos trabalhos baseados nas ocupações, como a Colônia Juliano Moreira e o Serviço de Terapia Ocupacional em Engenho de Dentro, com Nise da Silveira, no Rio Janeiro. A forma de tratamento era pela ocupação dos pacientes internados, em atividades rurais ou oficinas, como as de ferraria, mecânica, elétrica, marcenaria, entre outras, propostas pelos médicos e acompanhadas pela equipe de enfermagem. Esse tipo de tratamento, com o uso da ocupação terapêutica, estava baseado no tratamento moral, partindo do princípio de que a organização do ambiente e das ocupações leva à reorganização do comportamento do doente mental.

Em 1929, Henrique de Oliveira Matos redigiu sua tese inaugural da cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP: *Laborthérapie nas Affecções Mentaes* – um estudo fundamentado no tratamento moral sobre a terapêutica pelo trabalho desenvolvida no Hospital do Juqueri. Esse trabalho tornou-se o marco inicial da produção científica nacional sobre

a terapêutica ocupacional (como era denominado, pelos médicos brasileiros, o tratamento pelas ocupações).

Em 1931, Ulisses Pernambucano introduziu a ocupação terapêutica no Nordeste do Brasil, mediante a criação da Assistência a Psicopatas. Ele propunha uma ação multiprofissional intra e extra-hospitalar, integrando atenção preventiva, curativa e de reabilitação (principalmente trabalho agropecuário). A obra de Simon – *Tratamiento Ocupacional de los enfermos mentales* (tradução espanhola de 1937) – era considerada a base teórica do seu trabalho e leitura obrigatória para todos.

Os programas para incapacitados físicos surgem, no Brasil, apenas na década de 1940, decorrente do Movimento Internacional de Reabilitação. Os órgãos responsáveis pela divulgação e pela implantação de serviços de reabilitação eram entidades governamentais e não-governamentais, como a ONU, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Unesco, difundindo leis protecionistas aos deficientes mentais e deficientes físicos e propondo a implantação de programas especiais para essa população.

Enquanto o Movimento de Reabilitação se originava, sobretudo nos países que participaram das duas Grandes Guerras, como consequência do aumento significativo de incapacitados físicos, no Brasil havia uma maior preocupação com pacientes crônicos (como os portadores de tuberculose), deficiências congênitas, acidentados no trabalho, de trânsito, domésticos ou por doenças ocupacionais. É nesse contexto que surgem muitos profissionais, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Com a introdução dos serviços de reabilitação física no Brasil, ocorreram certas mudanças na concepção de saúde vigente, seguindo modelos estrangeiros de reabilitação. Embora em nosso país já houvesse experiências de uso das ocupações com objetivo terapêutico nos manicômios psiquiátricos, houve a implantação dos cursos de formação de Terapia Ocupacional preferencialmente na área da reabilitação física, em especial por influência norte-americana.

A ONU assumiu uma estratégia mais efetiva para a implantação de projetos de reabilitação nos quatro continentes, pela demonstração de técnicas de reabilitação em centros que seriam responsáveis pela realização de atividades, objetivando a formação de profissionais, bem como assistência para a população. Em 1951, a ONU enviou para a América Latina emissá-

rios responsáveis por encontrar um local adequado para a implantação de um Centro de Reabilitação.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi escolhido para a implantação de um Centro de Reabilitação por diversas razões: já existia um setor de recuperação vinculado ao Centro Médico da FMUSP; o Centro Médico e a faculdade eram os únicos classificados como grau A, pela Associação Médica Americana; o Hospital das Clínicas estava ligado à Universidade de São Paulo – centro universitário de renome internacional; situava-se num grande centro urbano-industrial – a cidade de São Paulo – que apresentava uma grande demanda de incapacitados, podendo possibilitar a recolocação profissional dessa população; era apoiado pelo governo local e federal, por intermédio da concessão de espaço físico e recursos financeiros.

Na década de 1940, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP já realizava um programa de laborterapia com os pacientes internados, sob os cuidados do Serviço Social, a fim de reduzir os efeitos da hospitalização. Desde 1951, esse hospital já se preocupava com a reabilitação de incapacitados. Os técnicos, na época, eram enviados aos Estados Unidos para estudar técnicas de reabilitação e para trazer ao Brasil novas abordagens. Dentre esses profissionais, pode-se destacar Neyde Hauck, que estudou Terapia Ocupacional na New York University. Ela era assistente social e enfermeira do Hospital das Clínicas.

Então, nós, do Serviço Social, verificamos que os pacientes tinham problemas de adaptação e ficavam na ociosidade. Aí, começamos a desenvolver um programa de laborterapia com os pacientes: trabalhos manuais, shows, teatro, cinema, inclusive fazíamos festas na enfermaria. (Hauck, 1986:1, apud Soares, 1991, p. 124)

Os técnicos que retornavam iam para a Clínica de Ortopedia e Traumatologia, que havia sido inaugurada em 1953 e onde era desenvolvido um amplo programa de reabilitação. A partir desses programas, começaram a surgir vários cursos de

formação técnica, como o de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, que tinham inicialmente um ano de duração.

Encontramos num registro feito por Carvalho, médica assistente do Hospital das Clínicas, informações interessantes sobre a história e características dos serviços de Terapia Ocupacional na década de 1950. A Terapêutica Ocupacional era definida como o “emprego científico de qualquer tipo de ocupação ou trabalho, na reabilitação do incapacitado” (1953, p. 19). Nessa época, já se reconhecia a importância da Terapia Ocupacional na reabilitação e reinserção no trabalho do traumatizado de guerra e reconhecia-se que, financeiramente, melhor seria reabilitar do que manter uma pessoa dependente dos recursos do Estado. O campo da reabilitação era considerado, no início da década de 1950, um dos campos mais recentes da medicina, tendo um potencial elevado para transformar o inválido em mão-de-obra atuante.

Em 1956, a ONU implantou o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), na Clínica de Ortopedia e Traumatologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que, logo em seguida (1958), passou a se chamar apenas Instituto de Reabilitação (IR); este funcionou até 1968, tendo papel relevante na formação de profissionais da área de reabilitação. O IR tinha duas finalidades: *assistencial*, que consistia no atendimento aos deficientes mediante programas de reabilitação, e *o ensino*, promovendo cursos regulares para a formação de profissionais em diferentes campos da reabilitação (cursos de fisioterapia, terapia ocupacional, órteses e próteses). No início, funcionava com técnicos de que a Clínica de Ortopedia já dispunha; esses técnicos, que tiveram sua formação no exterior, em especial nos Estados Unidos, recebiam bolsa-auxílio da Organização Mundial da Saúde.

De 1956 até 1965, o Instituto de Reabilitação recebeu auxílio técnico internacional, para a preparação de um técnico local que, posteriormente, assumiria o serviço. Dentre os técnicos que vieram ao Brasil, para o Instituto de Reabilitação, estava Elizabeth Eagles, que lá permaneceu durante um ano (1964-65), sendo responsável por tal curso de preparação; após o término do curso, uma pessoa que havia participado dele foi escolhida para ser responsável pela formação de outros profissionais e pela assistência no Instituto de Reabilitação. A profissional escolhida foi Maria Auxiliadora Cursino Ferrari. A terapeuta

ocupacional Neyde Hauck era, nesse período, responsável pelo serviço de Terapia Ocupacional da Clínica de Ortopedia e Traumatologia.

Até março de 1963, o IR atendeu 2.402 casos. Desse total, 87,1% eram acometidos por afecções do aparelho locomotor. Contudo, segundo Lopes, o Instituto não se preocupava com a formação dos profissionais com conhecimento mais amplo, mas em cumprir com as exigências da ONU. A formação era restrita e específica das profissões técnicas de reabilitação (eminente-mente clínica, referente à sintomatologia, à intervenção médica específica, aos princípios de indicação terapêutica etc.), sendo a Terapia Ocupacional responsável somente por membros superiores e pelas técnicas em atividades de vida diária.

A partir de 1959, iniciou-se a formação de "técnicos de alto Padrão" em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por intermédio de um curso com duração de dois anos. Isso veio de maneira a substituir cursos anteriores, como os de formação em serviço oferecidos pelo Sesi em São Paulo, ou mesmo o curso de reabilitação de curta duração oferecido pelo próprio INAR, sob direção do professor Roberto Taliberti. Em 1960 foi inaugurado o curso técnico de órteses, próteses e locomoção de cegos.

Em 1963, deu-se a aprovação do currículo mínimo do curso de Terapia Ocupacional e Fisioterapia da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), do Rio de Janeiro, embora o IR solicitasse a continuação da formação apenas técnica desses profissionais. O currículo foi aprovado com 2.160 horas, para três anos letivos de duração e em nível universitário. Isso representou uma grande conquista para as profissões e o desagrado da classe médica, que não desejava esse tipo de emancipação. A partir de 1964, o curso de Terapia Ocupacional da USP passou a ter duração de três anos. Já nessa época a formação de terapeutas ocupacionais estava muito mais ligada à Reabilitação Física. Somente alguns anos depois é que tiveram início os estágios supervisionados em outras áreas, como o da psiquiatria.

Em 1969, a profissão de Terapia Ocupacional, conjuntamente com a Fisioterapia, foi reconhecida como de nível superior. Nessa mesma época, com o processo de Reforma Universitária, o Instituto de Reabilitação propôs que o IR passasse a ser uma divisão ligada diretamente ao Hospital das Clínicas (HC), e não mais ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia. Com

isso, as funções de reabilitação e treinamento de pessoal do IR foram se dissolvendo, até sua desativação total, com consequente dispersão dos técnicos para outras unidades do HC e para outras instituições.

Dessa forma foram suspensas gradativamente as funções assistenciais do Instituto de Reabilitação, sendo que, a partir de 1960, só restavam as funções de ensino, as quais se tornaram bastante precárias na parte de aplicação, como consequência da supressão das atividades práticas do Instituto de Reabilitação. (Alvarenga & Ferrari, 1974:6, in Soares, 1991, p. 161)

Com a extinção do IR, no início da década de 1970, o curso de Terapia Ocupacional da USP foi reformulado e passou a fazer parte da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Em dezembro de 1999, passou a compor o novo Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, da Faculdade de Medicina da USP.

Atualmente (2001), existem 29 escolas de Terapia Ocupacional no Brasil, sendo: sete na Região Norte/Nordeste (Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia e Alagoas); duas na Região Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul e Goiás); 16 na Região Sudeste (Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo); quatro na Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul).

Assim, embora as características específicas de cada país e de cada cultura tenham dado origem a diferenças históricas relativas à constituição da profissão, dos seus pressupostos teórico-metodológicos e do seu campo de atuação, a década de 1970 pode ser considerada um período emblemático da história da Terapia Ocupacional. Para alguns autores, aquele foi o período de "crise de identidade da profissão"; para muitos, essa crise se perpetua até hoje, sem que a categoria tenha conseguido chegar a um consenso sobre definições, identidade profissional etc.

Entretanto, a busca de definição de funções em relação a outras profissões e de crescimento do espaço profissional no mercado de trabalho acabou por fazer deste um período muito fértil em termos da produção científica inovadora em Terapia Ocupacional. Foi a partir dessa época que se tornaram conhecidos os trabalhos de Fidler & Fidler, Azima & Azima, A. C.

Mosey, A. J. Ayres, M. Reilly, G. Kielhofner, entre outros. No Brasil, grande impulso foi dado à Terapia Ocupacional pelos estudos da terapeuta ocupacional M. J. Benetton – que se dedica, desde a década de 1970, ao desenvolvimento de uma abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional, e pelo médico Luiz Cerqueira – um dos primeiros defensores da necessidade de modernização da assistência psiquiátrica, pela criação de serviços extra-hospitalares de saúde mental.

A importância da terapia ocupacional está, para nós, no fato de constituir o elo inicial de uma cadeia evolutiva para a comunidade terapêutica, pois razoavelmente colocada, a TO já pode propiciar, em seu nível, a ambientoterapia que nutre e desenvolve todo o processo evolutivo da reabilitação. (Cerqueira, apud Nascimento, 1991, p. 117)

Segundo Nascimento, como decorrência da necessidade de abertura e democratização vivida pela sociedade brasileira desde o final dos anos 1970 e do crescimento dos movimentos sociais, muitos terapeutas ocupacionais brasileiros que trabalhavam na área da saúde mental engajaram-se, no início dos anos 1980, em projetos de transformação institucional e na “luta antimanicomial”. Dos muitos eventos realizados nessa época, seguindo o movimento internacional de desinstitucionalização e democratização da assistência psiquiátrica, discutindo as dinâmicas de exclusão, dominação e controle dos doentes mentais nas e pelas instituições manicomiais, desencadearam-se experiências transformadoras em diversas instituições por todo o país. Esse processo vem acontecendo, não sem resistências, pressões e boicotes de grupos conservadores, mas contando com a participação efetiva de muitos terapeutas ocupacionais.

A seguir, procuraremos configurar quais são as tendências atuais do campo da Terapia Ocupacional, a partir da década de 1980.

Perspectivas atuais no campo da Terapia Ocupacional

Historicamente, a profissão sofreu dois processos distintos: um, mediante ocupação dos doentes crônicos em hospitais de

longa permanência com base em programas recreativos e/ou laboroterápicos; outro pela restauração da capacidade funcional de incapacitados físicos em programas multidisciplinares de reabilitação, sendo que, de modo geral, a prática da Terapia Ocupacional se constituiu sempre vinculada ao uso de atividades, sejam elas de autocuidado, de lazer ou produtivas.

Em seu trabalho de doutoramento, discutindo as perspectivas mais recentes da profissão Terapia Ocupacional no cenário internacional, Lopes refere que a partir da segunda metade da década de 1970, devido ao refluxo da economia capitalista mundial, acentuou-se o processo de redução dos custos da assistência à saúde, especialmente nos Estados Unidos. Nesse processo, foram definidas também medidas de qualidade dos serviços oferecidos, como parâmetros para o corte de recursos. Isso teve reflexos nos mercados de todas as profissões da área da saúde, inclusive da Terapia Ocupacional, e levou a um movimento de crescente pressão para que os terapeutas ocupacionais se tornassem mais pragmáticos, desenvolvendo práticas “comprovadamente eficazes” (ênfatizando os aspectos mensuráveis do seu trabalho) e “competentes” (em relação à promoção da melhoria da independência funcional e inserção dos pacientes), para serem mais competitivos no mercado de trabalho.

A prática privada tem crescido em diversos países, como na Grã-Bretanha, nos últimos anos. Contudo, a partir das décadas de 1960 e 70 na América do Norte, da década de 1980 na Inglaterra e um pouco mais recentemente também no Brasil, iniciou-se uma discussão sobre a necessidade de serviços comunitários e de ações de caráter mais preventivo; buscar a prevenção e manutenção da saúde e não só a reabilitação, contrapondo-se à abordagem curativa que predominara até então. Apesar de as políticas governamentais serem francamente favoráveis à redução dos gastos públicos na área da saúde, a redução das internações hospitalares trouxe a necessidade de novos serviços comunitários; isso fez crescer a procura pelo trabalho dos terapeutas ocupacionais e, conseqüentemente, aumentou o número de estudantes e de profissionais, mas ainda há falta deles no mercado de trabalho.

Essa aparente contradição teve conseqüências significativas na Terapia Ocupacional e nas várias formas de olhar e de atuar do terapeuta ocupacional, com diferentes populações. Delineou-se um campo de trabalho em que, atualmente, coexis-

tem serviços altamente baseados em técnicas e tecnologias assistivas, utilizando os últimos avanços científicos e tecnológicos, com trabalhos que se voltam às comunidades mais carentes, buscando incrementar estratégias para a melhoria da qualidade de vida e de saúde dessas populações.

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

Continua existindo a necessidade de superar "a estereotipação da profissão, como de baixo *status* profissional, a partir de preconceitos vinculados à composição predominantemente feminina dos terapeutas" (Lopes, 1999, p. 143), de aumentar nossa representatividade dentro das equipes de saúde e de tornar a Terapia Ocupacional mais conhecida socialmente. Persistem as restrições orçamentárias e o fato de que o número limitado de terapeutas ocupacionais no mercado de trabalho levou à criação de uma "pseudoterapia ocupacional", praticada sob diferentes denominações por outros grupos profissionais.

Contudo, cremos que mesmo assim tem ocorrido, de fato, um processo de crescimento e fortalecimento da profissão Terapia Ocupacional. Os próximos capítulos tratarão de algumas das diversas e mais significativas abordagens teórico-práticas existentes no amplo campo da Terapia Ocupacional contemporânea, iniciando-se pela discussão sobre a atividade humana, nosso instrumento ou recurso fundamental de intervenção.

Referências bibliográficas

- ARRUDA, E. "Evolução histórica da ocupação como forma de tratamento". In: *Terapêutica ocupacional psiquiátrica*. Rio de Janeiro, 1962, pp. 23-32.
- BENNETTON, J. *Trilhas associativas - Ampliando recursos na clínica da psicose*. 2ª ed. São Paulo, Diagrama & Texto/Ceto, 1999, 141 pp.
- CARVALHO, L. F. "Terapêutica ocupacional". *Revista Paulista de Hospitais*, ano I, vol. I, nº 8, agosto 1953, pp. 19-21.

- CERQUEIRA, L. *Pela reabilitação em psiquiatria - da praxiterapia à comunidade terapêutica*. 2ª ed. São Paulo, 1973, pp. 11-30.
- GOUBERT, J. P. "O advento da Terapia Ocupacional no meio hospitalar. O caso da França". *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 10, nº 2/3, maio/dez. 1999, pp. 36-41.
- HOPKINS, H. L. "Uma perspectiva histórica em Terapia Ocupacional". In: HOPKINS, H. L. & SMITH, H. D. *Willard and Spackman's occupational therapy*. 6ª ed. Filadélfia, J. B. Lippincott Company, 1983, 43 pp., apostilado.
- KIELHOFNER, G. *Conceptual foundations of occupational therapy*. Filadélfia, F. A. Davis, 1992.
- KIELHOFNER, G. & BURKE, J. "A Terapia Ocupacional após 60 anos: um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimentos". *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 31, nº 10, nov./dez. 1977, pp. 75-89, apostilado.
- LOPES, R. E. *A formação do terapeuta ocupacional. O currículo: histórico e propostas alternativas*. São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 1991, 215 pp. Dissertação de mestrado - Centro de Educação e Ciências Humanas.
- _____. *Cidadania, políticas públicas e Terapia Ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo*. Campinas, Unicamp, 1999, pp. 132-47. Tese de doutorado - Faculdade de Educação.
- MÂNGIA, E. F. "Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade". *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 8, nº 2/3, maio/dez. 1997, pp. 91-7.
- MEDEIROS, M. H. R. *A TO como um saber. Uma abordagem epistemológica e social*. PUC/CAMP, 1989. Dissertação de mestrado, Instituto de Filosofia.
- MORAES, W. R. "Cursos para técnicos em fisioterapia e Terapia Ocupacional no INAR". *Revista Paulista de Hospitais*, ano VII, vol. VII, nº 3, mar. 1959, pp. 57-8.
- MOSEY, A. C. "Envolvimento no movimento de reabilitação - 1942-1960". In: *Terapia Ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria* (trabalho traduzido e compilado pelos cursos de graduação em TO da Faculdade de Ciências Médicas de BH e PUC/CAMP), 1979, pp. 47-52, apostilado.
- NASCIMENTO, B. A. *Loucura, trabalho e ordem - o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. PUC/SP, 1991, pp. 103-42. Dissertação de mestrado, Ciências Sociais.
- O'BULLIVAN, E. N. M. *Textbook of occupational therapy - with chief reference to psychological medicine*. Nova York, Philosophical Library, 1955.

SIMON, Hermann. "Sobre la terapéutica por el trabajo". In: *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. 1ª parte, Barcelona, Salvat Ed., 1937, pp. 17-68.

SOARES, Léa B. T. *Terapia Ocupacional – Lógica do capital ou do trabalho?*. São Paulo, Hucitec, 1991, 217 pp.

Atividades humanas e Terapia Ocupacional

Eliane Dias de Castro
Elizabeth M. F. de Araújo Lima
Maria Inês Britto Brunello

Neste capítulo abordar-se-á a questão das atividades no campo da Terapia Ocupacional. Por ser esta uma discussão vasta, optou-se por se iniciar com um breve histórico da utilização de atividades na Terapia Ocupacional brasileira, para, em seguida, apresentar a perspectiva teórico-metodológica com a qual se tem trabalhado e que redimensiona o tema. Por fim, pela relação com a prática que se tem desenvolvido, procurar-se-á ilustrar essa perspectiva e apontar as principais tendências que em nossa época se constelam.

Breve histórico

Embora a Terapia Ocupacional tenha surgido no Brasil no final dos anos 1950 e início dos 60, com a criação do primeiro curso de graduação na USP e o posterior reconhecimento da profissão, encontramos na história da Terapia Ocupacional, já em meados do século XIX e início do XX, referências sobre o "uso terapêutico das ocupações", basicamente sob a orientação de médicos, que eram aqui desenvolvidas principalmente em instituições asilares para doentes mentais. Não é de estranhar; atividades, as mais diversas, são importantes elementos da lógica asilar, desde que a psiquiatria surgiu como um saber médico em relação à loucura, transformando-a em doença mental. Esta era a base do tratamento moral proposto por Pinel, na