

TERAPIA OCUPACIONAL: HISTÓRIA CRÍTICA E ABORDAGENS TERRITORIAIS/COMUNITÁRIAS

Adriana Belmonte Moreira¹

RESUMO

O presente artigo apresenta a trajetória histórica da terapia ocupacional, procurando mostrar como as estratégias comunitárias se fizeram relevantes para esta profissão, a partir de uma visão crítica de seus pressupostos teórico-metodológicos.

Palavras-chave: história da terapia ocupacional – fundamentos de terapia ocupacional - reabilitação baseada na comunidade - reabilitação psicossocial - territorialidade

¹ Mestre e Doutoranda em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo - FFLCH/USP. Terapeuta ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Várzea Paulista / SP. adribelmonte@hotmail.com

Terapia Ocupacional: história crítica e estratégias

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que, tradicionalmente, atua no campo da reabilitação. No processo de reabilitação, o terapeuta ocupacional faz uso da *ação humana*, através das atividades da vida prática e cotidiana da população atendida. Em sua história, segundo Soares (1991, p.139), a Terapia Ocupacional surgiu, basicamente, de dois processos: da ocupação de doentes crônicos em hospitais de longa permanência e da restauração da capacidade funcional dos incapacitados físicos. Nos hospitais de longa permanência, os programas terapêuticos adotavam atividades recreativas ocupacionais e laboroterápicas inseridas no contexto da dinâmica institucional. Nos programas de reabilitação aos incapacitados físicos, as atividades de autocuidado, lazer ou produtivas visavam à restauração da capacidade funcional e ao desempenho ocupacional na vida cotidiana. Sob essa perspectiva, a história da Terapia Ocupacional é estreitamente vinculada às diferentes concepções de *ação humana*, incorporadas às estratégias de reabilitação, na atenção asilar aos doentes mentais ou psiquiátricos e nas instituições de reabilitação aos incapacitados físicos.

A Terapia Ocupacional como profissão da área de saúde surgiu nos Estados Unidos e sua primeira escola foi fundada em Chicago, em 1915. Neste país, com intento de minimizar os efeitos da primeira Guerra Mundial, propunha-se o atendimento em reabilitação aos incapacitados físicos e mentais que retornavam dos campos de batalha. Este período foi chamado de “reconstrução” ou da restauração (do latim, *reabilitare*) dos potenciais físicos e mentais dos seqüelados de guerra. No Brasil, formalmente, a história da profissão remonta ao período pós II Guerra Mundial e às estratégias de implantação de programas de reabilitação na América Latina, preconizadas por organismos internacionais (ONU, OIT, Unesco). Com efeito, embora já houvesse experiências de uso das “ocupações com objetivo terapêutico” em instituições asilares psiquiátricas no Brasil, devido à influência norte-americana, os

cursos de formação em Terapia Ocupacional foram implantados, preferencialmente, na área da reabilitação física (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.31). De modo gradativo, na formação dos terapeutas ocupacionais, foram incorporados estágios na atenção psiquiátrica.

Em relação à implantação de programas de reabilitação física no Brasil, no início dos anos 50, uma comissão da ONU visita a América Latina e apresenta o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo como o local mais adequado para a implantação de um Centro de Reabilitação. Em 1956, foi implantado o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), na Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP. O Instituto de Reabilitação passou a ter dupla finalidade: realizar assistência aos “deficientes” acometidos por afecções do aparelho locomotor e promover cursos de formação técnica em áreas como fisioterapia e terapia ocupacional.

Segundo referência de profissionais da área, a formação técnica em terapia ocupacional era *“restrita e específica das profissões técnicas de reabilitação (eminentemente 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*” (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.34). Os programas terapêuticos ocupacionais seguiam indicações médicas e centravam-se na patologia ou na afecção orgânica do paciente. A Terapia Ocupacional “dividia” o paciente com a Fisioterapia, sendo que a reabilitação dos membros superiores ficava sob responsabilidade dos terapeutas ocupacionais. As atividades terapêuticas eram analisadas sistematicamente em suas possibilidades de ação, relativas ao diagnóstico médico e às funções lesadas. Elas eram selecionadas, graduadas e estruturadas em etapas de complexidade crescente e seu exercício repetitivo promovia a completa recuperação funcional ou a minimização das seqüelas motoras. Na ocorrência de seqüelas, os pacientes eram treinados para readaptação nas atividades da vida diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal...) e, quando possível, preparados para o retorno ao trabalho produtivo. Esgotadas as possibilidades funcionais do paciente, o médico (não o terapeuta ocupacional ou outro profissional) prescrevia a “alta” ou o desligamento do programa de reabilitação.

Somente em 1969, a profissão foi reconhecida como de nível superior. No ano de 2001, somavam-se 29 escolas de formação em Terapia Ocupacional no Brasil. Não obstante, o processo de aprovação da formação superior em Terapia Ocupacional não ocorreu sem o desagrado da classe médica, *“que não desejava esse tipo de emancipação”* (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.34). Entrementes, a Terapia Ocupacional já havia incorporado em seus pressupostos teórico-metodológicos o modelo biomédico. Deste modo, o terapeuta ocupacional, para vencer a condição de “subalternidade” em relação à classe médica buscou tornar-se um profissional *“high tech”* e incorporar *“conhecimentos científicos de anatomia, fisiologia, técnica de reparos, acompanhando os avanços da cirurgia e dos cuidados emergenciais (...) demonstrando competência clínica e tecnológica em relação à abordagem de seus pacientes”* (GOLLEGÃ; LUZO; DE CARLO In: BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.139). O entendimento da ação humana consolidou-se a partir de referenciais teórico-práticos “importados” dos modelos médicos, sobretudo o cinesiológico, o biomecânico e o neurológico.

No final dos anos 70, devido a um refluxo na economia mundial e a conseqüente redução de custos na assistência em saúde, os terapeutas ocupacionais, que já se deparavam com a necessidade de provar a “cientificidade” de suas práticas, tiveram que incorporar sua profissão no mercado competitivo de trabalho; o que *“levou a um movimento de crescente pressão para que os terapeutas ocupacionais se tornassem mais pragmáticos, desenvolvendo práticas ‘comprovadamente eficazes’ (ênfatisando os aspectos mensuráveis do seu trabalho) e ‘competentes’ (em relação a promoção de melhoria da independência funcional e inserção dos pacientes), para serem mais competitivos no mercado de trabalho”* (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.37). Cresce, portanto, a necessidade de intervenções cada vez mais “técnicas” em Terapia Ocupacional, com resultados motores e funcionais eficazes e quantitativamente mensuráveis. Com efeito, paulatinamente, o terapeuta ocupacional foi incorporado ao quadro profissional de instituições especializadas de grande porte, compostas de equipes multidisciplinares (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, médicos, psicólogos entre outros), sediadas em grandes centros urbanos e tributárias dos avanços tecnológicos em reabilitação.

Mas é, também, a partir dos anos 70 e 80, que os terapeutas ocupacionais passaram a analisar criticamente as intervenções oferecidas de forma hegemônica em espaços de “exclusão” social (manicômios, centros de reabilitação, asilos, escolas especiais, instituições de internação permanente a pessoas com deficiências físicas, mentais entre outros) e a questionar a possibilidade de ações realmente *terapêuticas* em espaços com este caráter. Os profissionais depararam-se com o fato de que pelo viés da ação como “ocupação” dentro do espaço institucional mantinha-se o *status quo* ou a condição de exclusão da população atendida, pois *“práticas que, muitas vezes, são vivenciadas como naturais pelos próprios pacientes: no cotidiano de regras, disciplina e violência das instituições asilares, o trabalho/ocupação se apresenta muitas vezes para o internado como única saída da situação em que se encontra. Entretanto, elas não se constituem numa oposição a essa situação – pelo contrário, a evidenciam, conservando a lógica de controle, sujeição e exclusão da própria instituição”* (MÂNGIA; NICÁCIO In: BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.74). No mais das vezes, a instituição prestava-se a segregar uma parcela da população vítima de um sistema excludente, através de práticas justificadas pelo “tratamento” em saúde e pelas “patologias” individuais.

Em saúde mental, o modelo de atenção psiquiátrica estava pautado no asilamento ou internação, na “periculosidade social” do louco e na medicalização do sofrimento psíquico. Ademais, muitas das instituições psiquiátricas, administradas por grandes grupos corporativos, eram mantidas pelo repasse de verbas públicas ao setor privado e “lucravam” com a ocupação maciça dos leitos psiquiátricos. Com a justificativa de “tratamento” em saúde mental, os pacientes ficavam sujeitos a internações compulsórias de longa permanência (na “dependência” de uma alta médica) e, em muitos dos casos, permaneciam confinados em condições precárias e subumanas. No caso da reabilitação funcional ou profissional, o processo de reabilitação visava o retorno do trabalhador acidentado às mesmas condições precárias que geraram o acidente ou, ainda, o trabalhador retornava como mão de obra barata, ao mercado informal de trabalho. A reabilitação centrada na lesão ocupacional sequer tangenciava as problemáticas econômicas, políticas e sociais aí colocadas (Cf. SOARES, 1991).

Em última análise, o que se colocava em questão para os terapeutas ocupacionais era: se o campo profissional se constitui em espaços institucionais com esta lógica de funcionamento, o papel do terapeuta não ultrapassa o de manutenção do “controle social”. Por enquanto que o “alvo” das práticas em terapia ocupacional for “o deficiente”, “o incapacitado”, “o louco”, “o delinqüente”, a lógica institucional de exclusão social não será desconstruída. Ou seja, questionava-se como é possível reabilitar em uma sociedade que mantém a exclusão da diferença e o mascaramento institucional das problemáticas sociais. E ainda, somado a essas críticas no interior do campo profissional, os movimentos por direitos e igualdade de oportunidades de pessoas com deficiência e as propostas de desinstitucionalização psiquiátrica fortaleceram a necessidade de produção de novos sentidos para as atividades e práticas em Terapia Ocupacional.

Os terapeutas ocupacionais se engajaram em lutas de trabalhadores, usuários e familiares dos serviços em saúde mental, acompanharam a trajetória política dos movimentos de pessoas com deficiência e a luta por representatividade e força políticas. Juntamente às propostas de desinstitucionalização, a luta por responsabilização do poder público pelo atendimento integral a essa parcela da população foi o mote deste período: *“discutiu-se o modelo assistencial existente, apresentaram-se alternativas para o papel do Estado na organização e gestão dos serviços de saúde, para o uso e incorporação da tecnologia e para a participação da população e dos profissionais de saúde na distribuição de recursos e na definição de prioridades assistenciais. A idéia central foi a de efetivar a saúde como um direito de cidadania e serviço público voltado para a defesa da vida individual e coletiva”* (ALMEIDA; OLIVER In: BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.86). Sob essa perspectiva, o terapeuta ocupacional buscou compor equipes em serviços de saúde pautados na universalização da assistência, nos quais todas as pessoas, independente da “patologia” eram atendidas. Preferencialmente, a atenção deveria ocorrer em locais próximos ao domicílio, em unidade extra-hospitalares, em uma perspectiva integral de prevenção, promoção em saúde e reabilitação.

Contemporaneamente, sabe-se que desconstrução dos processos de exclusão social e a construção da cidadania são uma tarefa gradativa que envolve profissionais,

usuários dos serviços de saúde e comunidade como um todo. Nessa direção, a Terapia Ocupacional, em novas tendências profissionais, procura trazer para seu campo de reflexão teórico e para suas ações práticas o *compromisso* com as necessidades objetivas e subjetivas da população atendida, a partir de uma visão ampliada de saúde enredada a construção de direitos fundamentais (saúde, lazer, educação, liberdade de expressão, convívio social. etc). Traz para sua identidade profissional novas interfaces com processos artísticos e criativos, processos sócio-educativos em espaços inclusivos, propostas de atenção comunitária e um redimensionamento das relações entre saúde, qualidade de vida e trabalho. A identidade profissional passa a ser *dinâmica* em consonância a diversidade dos processos terapêuticos experienciados e a multiplicidade dos espaços vividos. Novos saberes e novas formas de intervenção são construídos, novas relações são estabelecidas entre os terapeutas ocupacionais e as pessoas atendidas, a partir de necessidades cotidianas entrelaçadas a uma realidade sócio-cultural coletiva.

Destarte, a Terapia Ocupacional, na busca de uma pluralidade epistemológica e metodológica, incorporou os pressupostos da *Reabilitação Baseada na Comunidade* (RBC) e da *Reabilitação Psicossocial*. A considerar que a *Reabilitação Baseada na Comunidade*, em sua origem, está vinculada aos movimentos de luta contra a internação de pessoas com acometimentos físicos e mentais, nos anos 60 e 70 (OLIVER et al., 1999, p.02), pode-se afirmar que ela tangencia a trajetória e compartilha os princípios da *Reabilitação Psicossocial*. Estas duas propostas de intervenção têm em comum a defesa da inclusão da reabilitação em políticas públicas e a responsabilização do Estado no atendimento integral em saúde, através de ações de prevenção, promoção e reabilitação.

Em resposta aos processos de segregação e exclusão sociais das pessoas com acometimentos físicos e mentais, tais estratégias apresentam o *território comunitário* como o espaço privilegiado para a atenção em reabilitação. Nestas propostas, o *território* é compreendido como um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e com relações sócio-econômicas e culturais a desvendar e em permanente processo de construção de relações, poderes, práticas e sentidos entre os diversos atores sociais, expressando contradições e conflitos e modos distintos de vida

coletivas e individuais (OLIVER, TISSI, VARGEM, 2000). No Brasil, apesar da carência e pobreza materiais de muitas regiões (como em recursos sociais de suporte e infraestrutura básica entre outros), o território pode configurar-se também como um espaço de solidariedade e potencialidades latentes.

A *Reabilitação Baseada na Comunidade* (RBC) foi apresentada como proposta a partir dos debates do Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência (1981) e da apresentação do *Plano de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiências* da ONU. Diante da estimativa de que, na América Latina, apenas 2 % da população com necessidades em reabilitação tem acesso a esse tipo de serviço, a RBC pode ser definida como “*uma estratégia para ampliar a cobertura de atenção a pessoas portadoras de deficiência, a partir das necessidades identificadas na comunidade, com a participação do Governo, de organizações não-governamentais e profissionais*” (BRASIL, 1995, p.11). As críticas às instituições especializadas de reabilitação (localizadas nos grandes centros urbanos, com longas filas de espera, de difícil acesso para as pessoas com deficiência, sem coordenação com setores educacionais e de promoção social e afastadas da realidade concreta dos usuários) em larga medida representaram uma “crise” no modelo biomédico, pautado unicamente nos aspectos clínicos da deficiência.

No Brasil, no final da década de 70, o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, fortemente influenciado pelo movimento de desinstitucionalização psiquiátrica italiano, representou uma crítica às instituições asilares e a busca de transformação das propostas de atendimentos em saúde mental. Neste processo, lutou-se pela implementação de novas políticas públicas, pela garantia e construção de direitos as pessoas com transtornos mentais e por uma rede de atenção pública integral em saúde mental. Representando um forte avanço neste processo, em abril de 2001, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e orienta a atenção prioritária em serviços comunitários.

Para Saraceno (1999), importante referência no processo de desinstitucionalização italiana, a *Reabilitação Psicossocial* é entendida como “*um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e*

de afetos: é somente no interior de tal dinâmica de trocas que se cria um efeito habilitador (...) é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente” (SARACENO, 1999, p.112). A abertura de espaços de negociação implica morar/habitar novos espaços, realizar trocas sociais, materiais e de afeto. Isso significa romper com o isolamento da internação, restituir direitos como o de expressão, a possibilidade de aquisição de objetos pessoais e bens materiais, a participação efetiva no mercado de trabalho e a inserção em grupos na vida coletiva. *A Reabilitação Psicossocial* não significa apenas romper com os muros da instituição psiquiátrica, constitui uma “nova entrada social” para pessoas que até então se encontravam barradas física e socialmente de participação na vida familiar e coletiva.

Na Terapia Ocupacional, a incorporação destas estratégias redimensionou as práticas dos profissionais, pois a reabilitação não se restringe mais à avaliação funcional e à recuperação das incapacidades. Ela é compreendida dentro de uma rede de significados construída pelo sujeito, no decorrer do processo de reabilitação, não antes (a partir de modelos de reabilitação pré-determinados) ou fora do processo (por decisão unicamente do profissional de saúde). Sobre a garantia de direitos no processo de reabilitação, profissionais da reabilitação comunitária apontam que a aquisição de direitos fundamentais (direito de ir e vir, à educação regular, moradia adequada, tecnologia de ajuda entre outros) não são questões a serem contempladas após o processo de reabilitação, ao contrário, passam a ser elementos constitutivos do próprio processo: *“desta forma, são também problemas do serviço aqueles normalmente considerados sob o rótulo de ‘sociais’ (como a falta de casa para morar, da pessoas institucionalizada, a falta de alimentos, a impossibilidade da criança ir a creche por falta de vagas ou por falta de documentos entre outros). Em outras palavras, os serviços públicos (...) devem impedir a redução da complexidade da existência humana à incapacidade ou ao diagnóstico do sujeito ou o grau de severidade de seu comprometimento motor ou mental”* (OLIVER; GHIRARDI; ALMEIDA; TISSI; AOKI, 2001, p.16). Em outras palavras, a reabilitação limitada às incapacidades e às disfunções não abarca a complexidade das ações humanas, pois estas apenas ganham sentido nas interações reais do sujeito em seu cotidiano.

Isso não significa dizer que os aspectos motores e funcionais ou o sofrimento psíquico serão desconsiderados ou colocados em segundo plano. Na reabilitação comunitária, eles não serão independentes do contexto em que está inserido o sujeito; *“a facilitação do desempenho funcional é um ponto importante na intervenção, e sua avaliação será realizada, mas esta não se constitui um fim em si mesmo. A melhoria do desempenho funcional ou o uso de tecnologia de ajuda são meios a se utilizar para facilitar processos reais – e não só projetados – de participação social”* (ALMEIDA; OLIVER In: BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.92). Os recursos de avaliação são parte da estratégia de intervenção, mas a estratégia não se resume aos recursos e avaliações terapêutico-ocupacionais.

Desta forma, os terapeutas ocupacionais trouxeram para suas práticas as intervenções no domicílio, na escola, nas associações de bairros entre outros, de modo a aproximar ao processo de reabilitação interlocutores que habitam o mesmo espaço, familiares, amigos e comunidade. O contato constante do terapeuta com os diversos interlocutores (moradores, profissionais da saúde, educação etc) e o reconhecimento das condições objetivas do território (transporte coletivo, equipamentos sociais, condições de moradia, barreiras geográficas e arquitetônicas, áreas de lazer entre outros), passam a constituir novas formas de compreender e lidar com a questão da reabilitação em comunidades específicas. Nesse sentido, o reconhecimento da história local (formação dos bairros, criação de recursos comunitários), identificação dos distintos atores sociais e sua compreensão sobre as necessidades da população local e daquelas portadoras de deficiência ou com sofrimento mental, o conhecimento sobre a gênese das deficiências e enfermidades nas áreas de risco no território, serão elementos facilitadores para propor ações de reabilitação que minimizem as condições de exclusão e maximizem as potencialidades de ação individuais e coletivas das pessoas atendidas.

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde; planejamento e organização de serviços. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, 1995.

DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. (org) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo, Plexus, 2001.

DE CARLO, M.M.R.P; GOLLEGÃ, A.C.C; LUZO, M.C.M. Terapia Ocupacional: princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. (org) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo, Plexus, 2001.

MÂNGIA, E.F; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo, Plexus, 2001.

OLIVER, F.C; ALMEIDA, M.C; TISSI, M.C; CASTRO, L.H.; FORMAGIO, S. Reabilitação Baseada na Comunidade – discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. **Rev. Ter.Ocup. Univ. de São Paulo**, v.10, n.1, p.1-10, jan/abr., 1999.

OLIVER, F.C; GHIRARDI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C; TISSI, M.C; AOKI, M; Reabilitação no território: construindo a participação na vida social. **Rev. Ter.Ocup. Univ. de São Paulo**, v.12, n.1/3, p.15-22, jan./dez. 2001

OLIVER, F.C; ALMEIDA, M.C; Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências. In: DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo, Plexus, 2001.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia-TeCorá, 1999.

SOARES, L.B.T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo, Hucitec, 1991.

OCCUPATIONAL THERAPY: CRITICAL HISTORY AND COMMUNITY/TERRITORIAL STRATEGIES

ABSTRACT

This article presents the historical trajectory of occupational therapy, attempting to show how community strategies were relevant to this profession, from a critical view of their theoretical and methodological assumptions.

Keywords: history of occupational therapy - occupational therapy grounds - community based rehabilitation - psychosocial rehabilitation - territoriality