

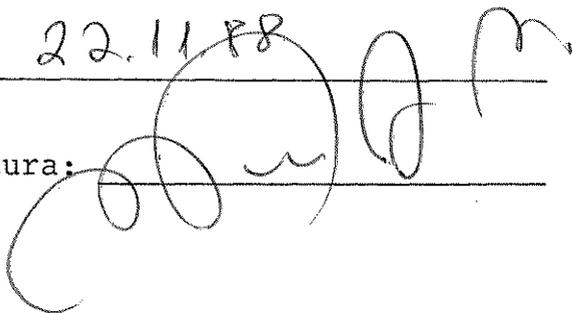
SANDRA MARIA GALHEIGO

TERAPIA OCUPACIONAL: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO
E O COTIDIANO DA PRÁTICA SOB O PODER DISCIPLINAR
- EM BUSCA DE UM DEPOIMENTO COLETIVO -

UNICAMP
CAMPINAS
1988

Este exemplar corresponde à redação
final da Dissertação para o Mestrado
defendida por SANDRA MARIA GALHEIGO
e aprovada pela COMISSÃO JULGADORA

em: 22.11.88

assinatura: 

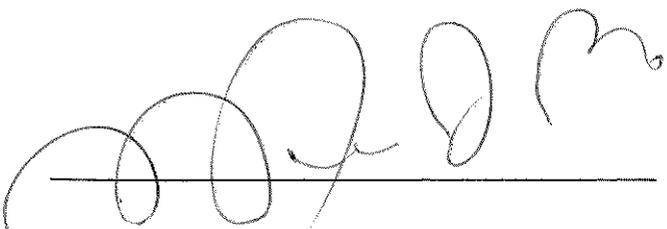
SANDRA MARIA GALHEIGO

TERAPIA OCUPACIONAL: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO
E O COTIDIANO DA PRÁTICA SOB O PODER DISCIPLINAR
- EM BUSCA DE UM DEPOIMENTO COLETIVO -

Dissertação apresentada como exigência parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Educação
(na área de Administração e Supervisão Educa-
cional) à Comissão Julgadora da UNICAMP, sob a
orientação do Prof. Dr. Milton José de Almeida.

UNICAMP
1988

COMISSÃO JULGADORA



Jante M G M

Cecilia Colares

Ao Orlando

- companheiro, amigo e amoroso, de tantas viagens.

À Camila e Pedro Gabriel

*- fruto de duas dessas viagens,
origem de tantas outras, às vezes
apaixonadas às vezes difíceis.*

À Mamãe

- meu carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao Milton José de Almeida, pela sua orientação atenciosa e pela paciência com que ajudou a me descobrir.

À Lillian Vieira Magalhães, à Berenice Rosa Francisco, à Maria de Lourdes Feriotti, à Lenita Buchalla Bagarelli Ferreira e à Rita de Cássia Ruffato - pelos depoimentos, pelas apaixonadas discussões e pela amizade.

Aos companheiros do Departamento de Terapia Ocupacional da PUCCAMP pela amizade e pelo incentivo e pela "força".

À PUCCAMP, pela possibilidade de concluir este trabalho enquanto projeto da fase experimental da Carreira Docente.

Aos alunos, que nestes dez anos de docência, com sua inquietude, crítica ou até completo desligamento, fizeram repensar minha prática enquanto terapeuta ocupacional e docente.

À Heloísa Bevilacqua Penna Franca, mestra e amiga, que me contagiou com sua emoção e com sua vontade de saber sempre mais.

À Elena Homem de Mello Mayer, companheira de luta nas instituições da vida.

À Ana Paula, ao Anderson e ao Manoel, pela confiança.

Aos meninos e meninas do Boa Vista pela rebeldia.

RESUMO

Esta dissertação de mestrado enfoca uma ação de saúde específica - a Terapia Ocupacional. Propõe-se a fazer um contraponto entre a prática terapêutica cotidiana, desenvolvida institucionalmente, e a produção do conhecimento teórico.

Na sua proposta não se inclui uma intenção de estabelecer uma correlação teórico-prática. Ao invés, tenciona manifestar as contradições impostas pela realidade institucional e pela constituição do saber terapêutico ocupacional.

A compreensão do trabalho humano, enquanto força moral (na era Clássica) e posteriormente enquanto força produtiva (após a Revolução Burguesa), influenciou inicialmente o surgimento do tratamento moral e mais tarde o surgimento da Terapia Ocupacional.

A necessidade de um padrão científico, para ser respeitada enquanto ação de Saúde, leva a Terapia Ocupacional a adotar uma metodologia de trabalho e uma linguagem identificadas com o modelo médico hegemônico.

A percepção do senso comum, as exigências do discurso oficial e a busca de uma coerência com o padrão científico têm, apesar de resistência dos terapeutas ocupacionais, pressionado e fragilizado sua identidade profissional.

As péssimas condições de trabalho nas instituições sanitárias, assistenciais e educacionais, o saber hegemônico que relega ao plano marginal as práticas alternativas e as poucas oportunidades de educação continuada determinam as piores condições para o desenvolvimento do conhecimento teórico-prático da profissão no Brasil.

A transmissão do conhecimento na Terapia Ocupacional caracteriza-se por ser basicamente oral - de professor para aluno, de terapeuta para terapeuta. Existem poucos textos de Terapia Ocupacional publicados no Brasil. A formação dos profissionais faz-se geralmente com bibliografia estrangeira. As precárias condições de ensino e pesquisa e de editoração, e a falta de hábito do terapeuta ocupacional redigir suas experiências e reflexões, têm contribuído para a manutenção dessa realidade.

Partindo desse quadro, é que este trabalho propõe-se a analisar a (re) produção do saber e do poder na Terapia Ocupacional e indiretamente nas ações sanitárias e assistenciais.

SUMÁRIO

Introdução	1
O Corpo Largado ao Sol	4
"Vivemos com o que Deus Dá"	5
Sobre Moças Bondosas e Caridosas	8
Meninas e Mulheres Iguais a Mil	13
Um Método Ingênuo?	20
"Aqui não tem Querer"	22
Nem Cercas, nem Hortas, nem Jardins	27
"Aconteceu na T.O. ... dê Satisfação"	32
"Uma Luz Vinda do Céu"	42
"No Corredor Lá em Cima, Não Passa Ninguém"	45
As Estatuetas Industrializadas da Razão	49
"O Maluquino tá Batento na Dotora"	56
A "Emoção de Lidar" em um "Pequeno Território Livre" ...	62
Sobre Cones e Lixadeiras	65
Nem Tinta, nem Barro, nem Papel.....	70
"Corpos Dóceis"	72
"Meu Destino tá Traçado"	76
Referências Bibliográficas	81

*O indivíduo é sem dúvida o átomo fictício
de uma representação "ideológica" da sociedade;
mas é também uma realidade fabricada
por essa tecnologia específica de poder
que se chama "disciplina".*

(Michel Foucault - Vigiar e punir)

INTRODUÇÃO

Sou terapeuta ocupacional. Preocupa-me a que tem servido minha prática profissional. Não me tem bastado simplesmente praticar o discurso de quem busca uma sociedade mais justa e democrática para todos, independente de suas características pessoais. É necessário refletir sobre o papel que o terapeuta ocupacional desempenha em nossa sociedade.

É sem dúvida, inegável o papel do Estado na legitimação do poder da classe dominante e sua tentativa de tornar mais aceitável a situação. Para tanto se utiliza de vários recursos institucionalizados, seja na forma da família, da escola, da religião, das terapias... Esta questão vem inquietando profissionais da Saúde entre os quais os terapeutas ocupacionais. Já se admite a importância de se ir mais a fundo na questão para conhecermos em que momento e sob quais influências se buscou tratar a doença; portanto quando que a conduta desviante foi patologizada e a doença estigmatizada passando ambas pelo processo de tratamento e readaptação.

Especificamente para os terapeutas ocupacionais torna-se necessário discutir sobre as causas que transformaram o trabalho, o jogo, as atividades em geral em instrumentos terapêuticos assim como as variações que sofreram ao longo dos tempos. Os objetivos e a prática terapêutica assim como as relações interdisciplinares no cotidiano das instituições manifestam-se como práticas de patologização, nor-

malização, normatização, disciplinarização e vigilância, em suma, como práticas ou relações de poder.

É preciso, portanto, discutir a produção do saber e do poder na Terapia Ocupacional e refletir seu papel enquanto micro-estrutura de poder, colocando a questão criticamente para conhecimento e inquietação de "nós" terapeutas ocupacionais. Este processo, acredito, é vital para a Terapia Ocupacional. Uma profissão cujo conhecimento tem sido produzido e transmitido basicamente pela comunicação oral e que é mal interpretada, confundida, reinventada a cada dia tanto pelo senso comum, como por profissionais que lhes são até próximos, precisa ter seus pressupostos e objetivos estudados, clarificados e debatidos.

Dois fatores dificultaram a definição do tema de dissertação: primeiro a novidade de abordar a discussão sobre a não-centralização do poder exclusivamente no Estado, mas a sua mobilidade e transitoriedade em toda a estrutura social; posteriormente a dificuldade de suportar a inquietação de ter de refletir a profissão sob essa nova perspectiva.

Tal inquietação levou-me a rever inicialmente minha prática cotidiana e, depois, a abrangência do próprio projeto de dissertação.

Essa visão mais ampla do trabalho a desenvolver implica refletir sobre as várias vertentes da Terapia Ocupacional e as circunstâncias em que elas se desenvolveram e se identificaram com os propósitos de controle social e alienação e com os de resistência, transformação e crítica social. Desta forma pretendo recolocar a questão da função social da Terapia Ocupacional situando seu profissional enquanto aquele que possui habilitação técnica para uma prática terapêutica, compreendendo-a enquanto ação sanitária e política.

Rediscutir a produção e reprodução do saber e do poder implica refazer nosso discurso. O tecnicismo e o cientificismo enxugaram a emoção de nossos relatos, transformando-os

em racionalmente objetivos, criteriosamente neutros, preocupados com a categorização de conceitos, temerosos das contradições que vivemos na prática. Acabam por levar-nos a buscar o amparo de um modelo único de pensamento e de terapia que nos livre da inquietação dos territórios indefinidos e por descobrir.

Optei por redigir um texto que flua por si próprio, possibilitando emergir a emoção, a reflexão, a inquietude e a experiência profissional de terapeutas ocupacionais, relatados a mim informalmente e por meio de entrevistas, ou vivenciadas na minha própria prática terapêutica.

Os poucos textos escritos por terapeutas ocupacionais no Brasil (publicados ou não) são em sua maioria mais analíticos do que descritivos e pouco conseguem registrar o cotidiano das práticas dos terapeutas ocupacionais, fundamentar sua metodologia e apontar suas contradições.

Dessa forma busco atender a estas perspectivas: escrever histórias não escritas de Terapia Ocupacional e refletí-las em um contexto histórico e dialeticamente situado.

Contudo, é importante que se esclareça que não se trata de uma intenção pretensiosa de escrever a História da Terapia Ocupacional no Brasil, mas antes de assinalar simbolicamente sua ausência.

O trabalho não segue uma ordem cronológica ao expor fatos ou caracterizar métodos diferentes de terapia. Nestes trinta anos de profissão no País ainda não conseguimos demarcar e sistematizar com clareza fases evolutivas da profissão, embora tenhamos alguns eventos que possam ser considerados delimitatórios. Para atender a proposta do trabalho é necessário que haja indefinição de tempo para causar uma certa confusão de fatos e uma certa miscelânea de idéias que é como acredito que ainda se encontra a profissão.

Mantivemos os relatos em primeira pessoa, conforme nos foram feitos, sem assinalar o nome do entrevistado ou outras particularidades para que o texto não perdesse o caráter de um depoimento. Um depoimento coletivo - contraditório, inquieto, emocionado - de nossa categoria profissional.

O CORPO LARGADO AO SOL

A fachada do prédio era branca e a pintura manchada de chuva. Não havia jardim e sim um terraço acimentado. Antes do prédio e do terraço havia, é claro, as grades. Altas. A casa, comparada aos grandes pavilhões sombrios dos grandes depósitos de menores, transmitia um clima até familiar. Talvez fosse o clima da rua simples de classe média em que se situava. Apesar das grades, o portão estava aberto. As meninas sentadas, outras em pé, conversavam. Acompanharam nossa entrada com indiferença. As mais antigas estavam habituadas ao vir e ir de voluntárias caridosas e de estudantes universitários curiosos. Não precisavam nos perguntar quem éramos. Elas sabiam - em breve seriam entrevistadas. No "lar" os quartos eram contíguos uns aos outros e eram separados por portas trancadas a cadeado. Durante o dia ficavam fechados e as meninas que não estavam na escola ficavam nos serviços domésticos ou no refeitório cheirando a peixe e com uma velha televisão pendurada no teto. Ficavam no terraço ou deitadas no quintal ensolarado. Ouvia-se conversas, principalmente das maiores. Nem brinquedos, nem brincadeiras. Apenas olhares. Tímidos, curiosos ou amedrontados. Às vezes

distantes, só tinham olhos para seu mundo imaginário.

(Orfanato de meninas - 1º dia de trabalho da terapeuta ocupacional - Anotações - 1984).

O texto acima reflete a percepção do momento de chegada a um orfanato no primeiro dia de trabalho. O que foi sentido, intuído e pensado neste primeiro encontro talvez fique na memória para ser algum dia lembrado como agradável ou desagradável, conforme a associação que se faça no momento.

Contudo, se redigido um relatório profissional da visita, o discurso com certeza seria outro.

Haveria uma exposição de motivos que caracterizassem a clientela, suas dificuldades e problemas, possíveis objetivos de trabalho e recursos indicados justificando a importância das contribuições de um processo terapêutico.

O relato conciso, claro, lógico e objetivo, com vistas a garantir o distanciamento científico necessário para uma análise técnica daria um cunho impessoal ao exposto.

O sentimento, a sensação e a intuição seriam suprimidos em favor da razão. A imagem da pobreza, o cheiro da comida da instituição, o olhar triste, apático, provocador ou indiferente, o corpo largado ao sol. Nada seria registrado com a força e o impacto do primeiro momento; a não ser na memória. O nó na garganta e a secura na boca que nos provoca a percepção das desigualdades e injustiças sociais.

"VIVEMOS COM O QUE DEUS DÁ"

Chegaram ao "lar" trazidas por mães ou pais temporariamente impossibilitados de cuidá-las, seja por motivos financeiros ou pessoais.

Algumas vinham por determinação judicial devido a maus-tratos de seus pais. Um contingente menor era na atribuição exata do termo "abandonadas". Esse grupo seria engrossado quando, fragilizados os laços familiares, as primeiras se convertessem nas segundas.

O pedido de internação e o abandono são apenas a repercussão imediata de uma política econômica e social que favorecendo o acúmulo de riqueza a uma minoria privilegiada vem entregando a maioria à própria sorte.

Por trás daquela fachada branca, como veríamos mais tarde, mostrava-se cruamente a caótica assistência desassistida dos programas sociais do País.

Roupas e sapatos em quantidade insuficiente e tamanho inadequado. Comida padrão: o macarrão, o peixe com fubã, a sopa de legumes doados de sobras de mercados. A fruta da estação, mais barata e meio passada. A única maçã da geladeira quando oferecida a uma das crianças com problemas intestinais teve seus restos disputados no chão. Comeram tudo: casca, caroço e cabinho. Não era fome. Estavam famintas de desejo.

A mesma fome de atenção havia. As maiores cuidavam a contragosto das menores. Os poucos funcionários cuidavam de todas.

As pequenas ficavam no quintal ensolarado, sem brinquedo, nem brincadeira. Na despensa, bonecos, carros e bolas embrulhados em plástico empoeirado esperavam o Natal chegar. Esperar a época de presentes - o Natal, o aniversário mensal ou sabe-se lá quando.

Uma enfermeira e uma assistente social contratadas. Outros profissionais vinham voluntariamente. Vinham e iam isolados, faziam o que julgavam oportuno. Não havia qualquer diretriz de trabalho. Como a mais clara expressão da dirigente, "viviam com o que Deus dava".

(Orfanato de meninas - Anotações - 1984).

Os profissionais que trabalham em programas sanitários ou assistenciais têm muitas histórias a contar. Com frequência os recém-formados, por se sujeitarem às condições salariais e profissionais inferiores, assumem os trabalhos mais difíceis e as realidades mais caóticas. Saem, às vezes, destas experiências sem entenderem a que vieram e que papel desempenharam. Na sua ascensão profissional percorrem das instituições de caráter beneficente aos serviços públicos (municipais, estaduais ou federais), do atendimento público ao privado em suas clínicas particulares, da assistência à docência. Esses caminhos modificam-se conforme a área de atuação, a peculiaridade de cada categoria profissional ou as características pessoais. A estrutura das instituições e o relacionamento das equipes multiprofissionais tendem a reproduzir as relações de poder do Sistema. O trabalho é compartimentalizado em especialidades representadas por profissionais distintos. Dessa forma, determinada categoria profissional que detém o poder em um serviço é a subordinada em outro. A divisão e a competição por áreas de atuação dependem de como as relações de poder se manifestam. A centralização das decisões e a interferência podem se dar a nível da determinação da linha de trabalho da instituição, do encaminhamento da clientela e até da atuação específica de outro profissional.

O Setor Saúde é constituído por um conjunto de especialidades interdependentes e hierarquizadas. Nele o médico ainda se reserva o direito de dirigir o processo de diagnóstico, terapia e recuperação. No Setor Assistencial onde se desenvolvem programas sociais à população marginalizada (atuação ao menor, presídios, trabalhos comunitários dentre outros), a condução do trabalho fica sob a direção de assistentes sociais, psicólogos e pedagogos.

O trabalho efetivamente interdisciplinar e cooperativo é difícil de ser habitualmente encontrado ficando por conta de programas alternativos em que o saber e o poder conferidos ao staff médico, pedagógico e jurídico é criticamente repensado.

SOBRE MOÇAS BONDOSAS E CARIDOSAS

As noventa crianças e adolescentes do sexo feminino variavam entre um e dezoito anos. Havia as abandonadas em tenra idade e que não conheceram outro universo que não aquele. Havia as adolescentes estimuladas a irem para o "lar adotivo". Havia as meninas brancas, louras e bonitas que conseguiam uma madrinha da comunidade. Havia, em maior número, as meninas negras, de cabelo desgrenhado, nariz escorrendo, que sabiam nunca serem adotadas.

Suas histórias pessoais contextualizadas num sistema explícito mas não assumidamente segregacionista, lhes conferia formas semelhantes de sofrimento mas particulares de expressão.

Começamos o trabalho com as que mais necessitavam de ajuda "a nosso ver". Eram as meninas do pátio ensolarado. Tinham de um a oito anos embora mais tarde outras de mais idade também viessem se juntar a nós. O fato comum é que não saíam da instituição para estudarem fora por vários motivos: não tinham idade suficiente, não conseguiram matrícula ou não se adaptavam à escola formal que havia no bairro.

Não havia brinquedo nem brincadeira. Ficavam deitadas ao sol. O ambiente era de extrema pobreza e nele elas não conseguiam criar, nem reproduzir a mais simples cantiga de roda. O toque, o sorriso, o carinho e o piscar de olho eram bons intermediários mas não suficientes. Precisávamos de brinquedos. Iniciamos uma campanha de brinquedos novos ou usados, mas em boas condições. Não usamos sucata doméstica (copos de iogurte, latas de coca-cola...). Não usar restos (na expressão mais crua, lixo) era nosso primeiro princípio. Queríamos manifestar simbolicamente que nos negávamos a aceitar sua condição de marginalidade, de depósito humano. No atendi-

mento utilizávamos além dos brinquedos, materiais para desenho, pintura, escultura, de autocuidado (pentes, enfeites de cabelo, espelho, esmalte, lixa). No início a atividade lúdica era apenas exploratória, não se detinham nem se envolviam com nada. No final do dia sempre havia sumido algum material. Ter bens pessoais num ambiente massificador e mortificador era uma garantia (ou pelo menos uma tentativa) de sobrevivência da individualidade. Pegavam e devolviam os brinquedos sem dar indícios, com a mesma postura silenciosa de resistência que assumiam no cotidiano. Nos negamos sempre a interpretar estas atitudes como desviantes e que necessitassem de repreensão. Como Basaglia, "negamos nosso mandato social ao mesmo tempo em que negamos nossa função de simples carcereiros, tutores da tranqüilidade da sociedade".

Um dia fomos cobrados por uma adolescente de não adotarmos uma posição mais enérgica. Dizia-nos: "As meninas menores enfiam os brinquedos nas calcinhas e as maiores nos sutiãs e vocês têm de proibir isto". Respondemos que nunca faríamos isto, que o grupo (no qual nos incluímos) deveria discutir o assunto; nossa opinião era de que se elas trouxessem e compartilhassem os brinquedos, brincaríamos melhor mas não iríamos revistá-las ou coagi-las de alguma forma. A adolescente nos respondeu:

- "Então toma. Um, dois, três..." E retirou de dentro da blusa seis bonequinhas que estavam escondidas no seu sutiã. "Três meses depois a brincadeira era alegre e barulhenta. Fabulavam, dramatizavam suas próprias histórias pessoais, conversavam, brigavam e corriam.

Quando chegávamos, os antigos brinquedos sumidos começavam a descer.

O relacionamento com as dirigentes da instituição continuava o mesmo, menos difícil do que distante. Para elas éramos apenas mocinhas que

vinham brincar com as crianças, uma atividade de menor valor.

(Orfanato de Meninas - Anotações - 1984).

Ocupar posição inferior na pirâmide de prestígio ocupacional é uma inegável realidade do cotidiano do terapeuta ocupacional.

Os fatores que determinam essa realidade não são únicos mas podem ser refletidos sob uma mesma compreensão acerca dos efeitos da capitalização das relações de produção. A divisão social e sexual do trabalho promoveu sua compartimentalização em ocupações valorizadas e hierarquizadas socialmente, conforme a importância dada aos valores de troca produzidos. Ressalte-se que a sujeição de um ser humano a outro e da mulher ao homem não foi deflagrada pelo capitalismo. Em particular, em relação à mulher, sua subordinação própria da sociedade patriarcal e restrita ao âmbito familiar, expande-se contaminando outros setores do segmento social.

O desprestígio da Terapia Ocupacional corre por conta da divisão social do trabalho no Setor Saúde onde o saber médico, cientificamente comprovado é o dominante.

Entretanto, é inegável que tal desprestígio é igualmente proveniente do fato de ser uma profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres, dentre outros motivos que a seu tempo serão discutidos (1).

(1) PIERRY, Claudia Martins. Terapia Ocupacional: profissão de mulheres? p. 65.

Em levantamento feito em 1985 no então CREFITO-3, uma das três regionais do País que compreendia os Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, dos 828 terapeutas ocupacionais inscritos, trinta eram do sexo masculino e 798 do sexo feminino o que corresponde a um percentual de 96,38% de mulheres. A nível de comparação, segundo Helena LEVIN, em Educação e Força de Trabalho Feminino no Brasil, as carreiras consideradas extremamente femininas são aquelas em que o número de mulheres corresponde a faixa de 80 a 100% do total dos números de profissionais da carreira.

A segregação ocupacional por sexo que ocorre em determinadas profissões não se modificou após a abertura do ensino superior às mulheres. Ao contrário, manteve-se a dicotomização entre profissões masculinas e femininas.

Conforme mostra Pierry (2) em seu trabalho, no Estado de São Paulo, desde a primeira turma em 1959 até 1985 apenas 37 homens chegaram a concluir a graduação contra um total de 1.065 mulheres. Foram necessários 14 anos para que o primeiro Terapeuta Ocupacional do sexo masculino se formasse nesse Estado. Após 1973 houve uma expansão do sexo masculino, mas que correspondeu a apenas 3,35%, o que não passa a caracterizar a profissão como mista.

Solicitei, em agosto de 1987, o número de terapeutas ocupacionais discriminados por sexo, inscritos nos então cinco Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs) existentes no país. Desses apenas o da 4ª Região não enviou seus dados. Mesmo assim foi possível a montagem de um quadro que, embora parcial, contribui para confirmar, a nível nacional, o levantamento realizado por Claudia Pierry no Estado de São Paulo.

Quadro. Distribuição por sexo dos terapeutas ocupacionais inscritos nos CREFITOs - ano de 1987.

CREFITO	Terapeutas Ocupacionais Inscritos	Homens		Mulheres	
		Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
1ª	396	20	5,1	376	94,9
2ª	263	30	11,4	233	88,6
3ª	1.073	42	3,9	1.031	96,1
4ª *	—	—	—	—	—
5ª	125	10	8,0	115	92,0
Totais	1.857	102	5,5	1.755	94,5

* Dados não enviados pelo CREFITO - 4ª Região

Fonte: dados fornecidos por quatro dos cinco CREFITOs existentes no país em agosto de 1987.

(2) PIERRY, Claudia Martins. Terapia Ocupacional: profissão de mulheres? p. 67.

A sociedade em geral interpreta a adoção de determinadas carreiras pelas mulheres como sendo apenas uma questão de preferência, como se essa mesma sociedade não limitasse a liberdade das pessoas em tomar suas próprias decisões.

Sabemos que na sociedade contemporânea a mulher assume duplo papel. É importante enquanto produtora, criando bens de troca, e enquanto reprodutora, gerando e cuidando dos trabalhadores. Realiza uma dupla jornada de trabalho ou assume ocupação em que possa conciliar família e atividade profissional, trabalhando um menor número de horas. Este fato mostra-se inevitável na medida em que a sociedade, falando da brasileira em particular, não está equipada para cuidar satisfatoriamente das crianças pequenas e dar alívio à sobrecarga do trabalho doméstico.

Alguns benefícios têm sido conquistados através da luta sindical. No Brasil, contudo, muitas destas conquistas, como a garantia de emprego na gravidez, creches etc. tem sido burladas por empregadores sob o omisso consentimento do Estado.

Com relação ao terapeuta ocupacional podemos afirmar que estas conquistas mostram-se quase que inócuas. As instituições em que trabalha têm utilizado (algumas até para sobreviver) expedientes para que possam economizar em encargos sociais. Realizam contratos em que o terapeuta já não é nem mais assalariado, mas "autônomo", não recebendo décimo terceiro salário, férias e auxílios doença e maternidade. Como assalariado levam o salário do terapeuta ocupacional a índices irrisórios e as conquistas nesse domínio têm sido muito pequenas. O único sindicato da categoria é conjunto com o de Fisioterapia (SINFITO), localiza-se no Estado de São Paulo e sua fundação data de agosto de 1980.

Sem dúvida, a dificuldade de organização da sociedade civil, principalmente nos anos da repressão militar, trouxe dificuldades para a organização profissional, não apenas do terapeuta ocupacional. Mas não podemos atribuir apenas a esta causa a desmobilização da categoria. As mulheres

trabalhadoras têm ainda participado menos intensamente dos movimentos sindicais e de trabalhadores e quando participam o fazem de forma menos agressiva. Na Terapia Ocupacional, sendo uma profissão quase exclusivamente de mulheres e numericamente pequena (se comparada a outras da área como Enfermagem, Psicologia e Serviço Social), a situação se repete e se agrava. Sua organização profissional, incluindo as associações científico/culturais, é muito precária e não tem sido a democratização da sociedade brasileira que tem facilitado seu desenvolvimento. Ao contrário, os anos sessenta e setenta foram mais promissores com relação à mobilização e à organização político cultural da categoria do que a década atual quando várias associações regionais e a Brasileira, praticamente, foram extintas.

A organização das mulheres trabalhadoras varia conforme a posição que ocupam no segmento ocupacional, o qual está inserido na fragmentação e hierarquização do mercado de trabalho: "Ocupações femininas freqüentemente requerem e encorajam uma mentalidade "servil" - uma orientação a prover serviços a outras pessoas e particularmente a homens. Essas características são encorajadas pela família e instituições escolares" (3).

MENINAS E MULHERES IGUAIS A MIL

*Uma menina igual a mil
que não está nem aí
Tivesse a vida para escolher
E era talvez ser distraída
O que ela mais queria ser
Ah, se eu pudesse não cantar
Esta absurda melodia
Pra uma criança assim caída
Uma menina do Brasil
Que não está nem aí
Uma menina igual a mil*

Do Morro do Tuiuti (Chico Buarque)

(3) PENA, Maria Valéria Junho. Mulheres e Trabalhadoras. p. 51.

Claudinêia ficava sempre por perto. Às vezes trabalhava, às vezes participava silenciosamente. Para ficar barulhenta bastava pouco. Um contratempo, uma desavença, uma derrota e ela levantava ruidosamente com aquele ar de quem não está nem aí.

Um dia percebemos que ela não se encontrava na instituição. Denise, monitora do trabalho, descobriu que ela havia sido encaminhada para um lar adotivo. Adoção a esta idade? Nossa eterna desconfiança levou-nos a botar aspas na expressão e a buscar maiores informações sobre este "lar adotivo". A resposta veio pronta: "Trata-se de um programa de colocação da menina adolescente a partir dos catorze anos em casas de família que zelam por ela, depositando na caderneta de poupança uma mesada e em contrapartida a menina ajuda nos serviços domésticos. É um programa de profissionalização da menor para prepará-la para seu desligamento aos dezoito anos". Explicação bem arrumada para a exploração do trabalho infantil. Solução bem adequada para o impasse da situação dos adolescentes institucionalizados e seu futuro de jovens adultos.

Apesar de seu corpo de moça, Claudinêia tinha apenas doze anos. Havia excepcionalmente sido encaminhada para o "lar adotivo" já que não frequentava mais a escola. Os motivos são os sabidos: "repetência, desinteresse, desatenção e mau comportamento". Voltou à instituição três semanas depois; mais do que triste estava desolada e silenciosa. Claudinêia havia acreditado num lar adotivo sem aspas. À noite vestiu pijama e se deitou na sala para ver televisão com seus recém irmãos brancos - a tão esperada família. Nas semanas seguintes lhe mostraram "seu devido lugar". Quando se descobriu apenas uma empregada doméstica sem família voltou a se mostrar como era. Com certeza não gostaram do seu jeito de quem "não está nem aí" e a devolveram para a instituição.

Por que chamar o programa de "lar adotivo"? Só a ideologia assistencialista com sua constante intenção de tornar o mundo mais cor de rosa era capaz de justificá-lo.

Por que apenas a opção da profissionalização em trabalho doméstico? Por uma simples questão de coerência com a realidade social do país. A mulher pobre, mas com boa aparência, melhor disciplinada e dotada intelectualmente ainda consegue emprego no setor industrial e comercial. À menina pobre, negra, mal arrumada, cabe o futuro de empregada doméstica, faxineira ou babá, além é claro da alternativa do casamento e da prostituição.

No "lar", como era chamado o orfanato, mulheres cuidavam de futuras mulheres. E apesar de algumas delas (raras) tentarem mudar seu tradicional destino, a maioria seguia a trajetória feminina da ocupação e da subserviência.

(Orfanato de Meninas - Anotações - 1984).

Existem ainda outros motivos que condicionam as mulheres e os homens a determinadas "escolhas" profissionais. Ambos levam para o trabalho coletivo os modelos sexistas típicos da sociedade patriarcal.

Atualmente vemos com mais frequência a quebra destes modelos por parte das mulheres que buscam sua emancipação e optam, sem muito conflito, por carreiras tradicionalmente exercidas por homens. Por outro lado, numa sociedade machista como a nossa encontramos com mais dificuldade o reconhecimento deste mesmo processo por parte dos homens.

Os homens, mas não apenas estes, identificam nas atividades em geral naturezas masculinas ou femininas que as caracterizem. Desta forma, buscam encobrir as relações hierárquicas entre homens e mulheres que estão subjacentes.

Transferem para o domínio do trabalho funções que as relações de produção e reprodução lhes atribuiu. Sendo

assim, à mulher cabe os papéis de socialização e cuidado com as crianças e com doentes, assim como manter as normas básicas da família. Ao homem cabe a responsabilidade por sua manutenção. A docilidade, adaptabilidade e paciência; a expressividade, afeto e irracionalidade são características identificadas como femininas. As dicotomias razão-emoção, qualificação-intuição, trabalho intelectual-trabalho manual são esgotadas ao máximo para sexualizar as ocupações fundamentando o trabalho dito masculino ou feminino, como se houvesse uma "mística feminina" ou um caráter tipicamente masculino.

A Terapia Ocupacional não foge a este confronto, ao contrário, com ele muito se compromete. Utilizando as atividades humanas como instrumentos de tratamento e dentre elas é importante assinalar as artísticas, artesanais, lúdicas, profissionais, de lazer, auto-manutenção e doméstico-sociais, defronta-se com um imediato "reconhecimento" de seu "caráter feminino". Identifica-se então, a "representação" da profissão com a "representação" da mulher na família. Woodeside, terapeuta ocupacional norte-americana, descrevendo o desenvolvimento dos primórdios da Terapia Ocupacional, exemplifica a referida identificação. Relata:

"A tradição fez da Terapia Ocupacional uma profissão de mulheres. As primeiras práticas eram enfermeiras e suas tendências maternas eram consideradas benéficas para o trabalho com o doente mental. Somente mulheres podiam ser auxiliares de reconstrução, isto querendo dizer que foram também elas as primeiras a trabalhar com os indivíduos fisicamente incapacitados. As primeiras escolas de Terapia Ocupacional eram abertas somente a "jovens refinadas e inteligentes". Durante a depressão, as mulheres desejavam se casar, mas tinham que trabalhar ao invés, aumentaram o número de terapeutas ocupacionais, pois era considerada uma profissão respeitável para senhoras e o curso de treinamento era breve. Obviamente a tradição tem continuado, às vezes, com relutância, mas novamente, este é um exemplo

parcial de como é difícil mudar padrões duradouros" (4).

A identificação citada, não se restringe ao instrumento de terapia - a atividade - mas também ao seu objetivo. Não é casual a relação que se pode estabelecer entre a função que a perspectiva funcionalista atribui à mulher e ao terapeuta ocupacional. Cabe a ambos a integração da sociedade: à mulher compete a integração dos membros da família e ao terapeuta ocupacional cabe favorecer a adaptabilidade e produtividade dos desajustados para integrá-los à sociedade. A definição da Associação Americana de Terapia Ocupacional publicada em seu jornal de 1972 exemplifica a questão:

"A Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de orientar a participação do homem em tarefas selecionadas para restaurar, reforçar e melhorar seu desempenho, facilitar o aprendizado daquelas habilidades e funções essenciais à sua adaptação e produtividade, diminuir ou corrigir patologias e promover e conservar a saúde. Sua preocupação fundamental é a capacidade ao longo de sua vida de executar satisfatoriamente para si e para os outros, as tarefas e papéis essenciais a uma vida produtiva e ao domínio de si próprio e do meio ambiente" (5).

Esta concepção manifesta uma das mais difundidas correntes de Terapia Ocupacional; não avança com relação à crítica da sociedade mas conquista uma autonomia para a profissão desatrelando-a da prescrição médica. Outras definições, embora também com a perspectiva funcionalista, mantêm a dicotomia trabalho intelectual versus trabalho manual, delegando o primeiro ao médico e o último ao terapeuta ocupacional. Chegam até a estender esta dicotomia à relação

(4) WOODSIDE, Harrier Hertlinger. O desenvolvimento da Terapia Ocupacional 1910-1929, p.33.

(5) Terapia Ocupacional: Sua definição e função. American Journal of Occupational Therapy, 26:204, 1972.

homem-mulher, referindo-se ao terapeuta como do sexo feminino e ao médico como do sexo masculino. Neste caso aparece mais uma vez a hegemonia masculina associada ao saber dominante.

Mac Donald (6) em "A Terapeuta Ocupacional", após referir-se à profissão como "suplementar à medicina" e "encabeçada pelo médico", menciona que esta não deve excluir das suas abordagens a "intuitiva a qual deveria por outro lado ser analisada, criticada e avaliada". Sob o signo do pronome pessoal "she" (ela em inglês) continua a descrição da identidade profissional:

"Uma terapeuta ocupacional deveria ser perceptiva e, aprenderá ao longo do treinamento e da prática, e no trabalho com médicos e outros da equipe de reabilitação qual importância atribuir aos resultados desta percepção e observação. Ela não deveria de forma alguma impor sua vontade ou intenção. Alguma firmeza pode ser necessária e alguma persuasão requerida, mas estas deveriam ser temperadas com bom julgamento, um interesse genuíno nas pessoas e na vida em geral, uma disposição alegre e senso de humor, todos mantidos em boa perspectiva (...)

Adaptabilidade é uma qualidade essencial para uma terapeuta ocupacional porque, como o campo de atuação é tão amplo, a adequação do trabalho tem de ser claramente demonstrada. Nas bases de seu treinamento nas relações interpessoais ela deve ser capaz de encontrar soluções praticáveis, particularmente se idéias novas ou talvez pouco ortodoxas tiverem de ser testadas (...) Ao mesmo tempo, conceitos idealistas deveriam dar lugar aos mais realistas e mesmo situações difíceis deveriam ser vistas como um desafio" (7).

(6) MAC DONALD, E.M. Occupational Therapy in Rehabilitation, p. 16-17.

(7) Idem, p.16-17.

Constata-se neste texto que o perfil profissional foi construído a partir da concepção funcionalista de que a sociedade e suas organizações integram um sistema ordenado e equilibrado. Assinalam-se como qualidades importantes e essenciais "da terapeuta ocupacional" a adaptabilidade, a adequação, o realismo e a harmonia. Na sua atuação deve mostrar firmeza, necessária à manutenção da ordem e, persuasão, necessária à consolidação do consenso.

Observa-se que a função da Terapia Ocupacional é estruturada a partir de pressupostos objetivos e necessidades da Saúde da sociedade. A organização social determina o ser humano e, conseqüentemente, a composição/organização das ações de Saúde determina o perfil do profissional compreendido menos pela atribuição de suas funções do que pelas qualidades pessoais necessárias ao desempenho profissional.

É interessante notar que o aprendizado de conteúdos e experiências pela terapeuta é enquadrado na mesma perspectiva: a terapeuta ocupacional subordinada e mulher fará seu aprendizado em concordância e por determinação do saber dominante.

Como a realidade nos mostra que nas ações de Saúde o saber dominante coincide em sua maioria com o saber médico, podemos afirmar que inevitavelmente ser um profissional da Saúde implica circunscrever sua ação e seu conhecimento ao seu domínio.

A ideologia terapêutica triunfalista (8) prega uma ação sanitária individualista, curativa e tecnicista. O profissional, médico ou não, que contesta esse princípio arrisca-se a ser considerado incompetente, extravagante ou ineficaz e, em geral, é marginalizado do processo.

Numa sociedade medicalizada como a nossa e atrelada à ideologia dominante, a tendência é reproduzir os

(8) ILLICH, Ivan. A Expropriação da Saúde. p.17.

valores pré-estabelecidos e relegar as práticas terapêuticas não convencionais a um papel secundário. O reconhecimento de sua importância fica por conta do paciente (9) que se beneficiou do processo, mas cuja manifesta o   desconhecida porque desconsiderada   sua expressão social.

A economia política do Setor Saúde mostra-nos que sua prioridade   a recupera o e a manuten o da mão-de-obra produtiva. A popula o inativa e/ou incapacitada, seja pela idade, por doença física ou mental ou por problemas sociais t picos de uma economia de concentra o de renda   colocada em segundo plano recebendo uma aten o insuficiente.

Um estudo superficial sobre o fluxo dos recursos financeiros   suficiente para se perceber a prioriza o da contrata o dos serviços médicos em rela o às outras profissões da  rea. Estes encontram dificuldades de pertencer aos quadros técnicos seja nos serviços estatais ou nos repasses de recursos públicos para programas privados ou assistenciais. Ressalta-se que tais recursos são destinados   implementa o de uma medicina curativa de base farmacoter pica. Uma medicina em que a forma o generalista cedeu   especialista e onde a aten o sanitária, educativa, sistemática e profilática, a aten o aos pacientes ditos cr nicos e às terapias não-médicas lutam politicamente por um espaço.

UM M TOD0 INGÊNUO?

Nem na teoria nem na prática nosso plano de trabalho encontrou resson ncia favorável. Nossa orienta o quebrava velhos preconceitos e era demasiado ambiciosa pretendendo que a terapêutica

(9) Optei por utilizar em todo o trabalho o termo "paciente" mesmo ciente da conota o de passividade implícita em seu conceito. Alguns terapeutas ocupacionais preferem adotar o termo "cliente" pois segundo estes, traz implícita uma rela o mais simétrica. Insatisfeita com essas duas alternativas e sem proposta diferente, resolvi não entrar no mérito da questão e adotar o termo mais comumente usado.

ocupacional fosse aceita, se corretamente receitada, de acordo com a realidade pessoal de cada doente como um legítimo método terapêutico e não apenas uma prática auxiliar e subalterna. Qual seria o lugar da terapêutica ocupacional no meio do arsenal constituído pelos choques elétricos que determinam convulsões pelo coma insulínico, pela psicocirurgia, pelos psicotrópicos que aprisionam o indivíduo numa camisa de força química? Um método que utilizava como agentes terapêuticos pintura, modelagem, música, trabalhos artesanais, logicamente seria julgado ingênuo e quase inócuo. Valeria, quando muito, para distrair os internados ou para torná-los produtivos em relação à economia dos hospitais.

(Nise da Silveira. Os inumeráveis estados do ser, p. 53).

A expressiva perda de autonomia das pessoas em relação ao cuidado de sua saúde tem no processo de medicalização da sociedade contemporânea uma de suas principais causas.

O conhecimento básico de Saúde tende a ser desqualificado e profissionalizado tornando-se monopólio de algumas categorias profissionais. Contudo, é importante assinalar que negar a liderança médica não resulta diretamente em romper com seu modelo. Isto porque a resistência ou a cumplicidade ao saber hegemônico ultrapassa o domínio da prática de determinada categoria profissional, para se manifestar enquanto experiência, relação e atividade do todo social existente (10).

As experiências da dor e da morte, do engravidar e do envelhecer, do nascer e do amamentar, dentre outras, têm características singulares para cada pessoa, para cada grupo social em seu contexto cultural, econômico e político.

(10) Ver CHAUÍ; Marilena. Conformismo e Resistência. Aspectos da Cultura Popular no Brasil. p. 21-23.

A valorização crescente do saber hegemônico em detrimento do saber adquirido ao longo da História tem concorrido para uma mudança de visão desses aspectos pela sociedade. O viver (em seu transcurso e em seus obstáculos) passa a ser determinado pelos conceitos e normas institucionalizados pela Medicina, Educação e pelo Direito e, mais recentemente pela Psicologia e pelas Terapias. A cada problema uma solução normatizada. A cada sintoma um remédio para controlá-lo. A cada morte uma nova técnica de reanimação.

Como diz Illich: "o homem ocidental perdeu o direito de presidir o ato de morrer. A saúde ou o poder de enfrentar os acontecimentos foi expropriado até o último suspiro" (11). Desaprende-se a viver e cria-se uma constante necessidade de ser ensinado, tratado, dirigido. A participação, ao invés de ser um direito de fato e uma prática incentivada, tem de ser uma conquista.

A Saúde, conceituada a partir dos estados de morbidez, patologizou a vida humana e suas formas de expressão e produção. Sua redefinição pela Organização Mundial de Saúde - passando a considerá-la como o bem-estar físico, mental e social - não foi suficiente para modificar um modelo de Saúde tão cristalizado e adequado à formação social capitalista.

"AQUI NÃO TEM QUERER"

"- O que vamos fazer hoje?" perguntei ao iniciar o atendimento.

"- O que vamos fazer hoje?" retrucou Maria. "A Dona não sabe? Aqui não tem querer..." (referindo-se ao orfanato).

Maria tinha essas respostas. Prontas e incisivas. A constatação da impotência antes de ser uma atitude de subserviência de sua parte, era uma denúncia. Outras meninas, mais fragilizadas pelo processo institucional, nos respondiam não por palavras mas pelo tímido sorriso, pelo intenso

(11) ILLICH, Ivan. A Expropriação da saúde. p. 188.

brilho do olhar que parece saltar dos corpos parados ou pelo silencioso pedido de aconchego como um ronronar de gatos. Outras ainda, mais integradas no contexto respondiam suas preferências, satisfeitas por terem com o que brincar. Maria ia e vinha ao pátio. Brincava e tumultuava o ambiente. O dia em que parecia mais entretida, levantava-se de súbito e saía rebolando e batendo a sandália no chão como se não estivesse dando a menor importância. Como todo macaco velho, não metia a mão em cumbuca. Tinha entre oito e nove anos sendo mais da metade vividos ao abandono e sabia que, como todos, não éramos confiáveis.

No grupo de estagiários de Terapia Ocupacional que veio a seguir para a instituição havia um do sexo masculino. Fato raro na profissão e no cuidado em geral das crianças (na instituição só havia um senhor com mais de setenta anos, que ajudava nos serviços). Achávamos que haveria muita adolescente apaixonada pelo bonito rapaz que tinha quase a mesma idade. As crianças e as adolescentes, porém, lhe atribuíram outro papel: o de pai. Havia um palco no pátio coberto que foi transformado em um cenário doméstico: painéis, bonecas e até um pai. Nas dramatizações Maria cobrava um pai mais autoritário:

- "Afinal, pai sempre bate, não?"

Resistiu o que pode a aceitar um pai atencioso e respeitoso até que não aguentando mais, deitou a cabeça em seu colo e pediu cafunê.

Desde esse dia, Maria modificou-se nos encontros. Vinha interessada, envolvida e brincava com mais tranquilidade. Formou um vínculo importante à continuidade do trabalho. No dizer da instituição continuava como sempre: "rebelde e insolente". A escola pública do bairro considerou-a hiperativa e inadaptável e encaminhou-a para uma escola especial. Por falta de transporte não pode frequentá-la. Ficava o dia inteiro na

instituição. Às sextas-feiras, à tarde, fugia junto com outras meninas para pegar balas que eram distribuídas nesse dia por uma fábrica da região. Era então repreendida e castigada com beliscões, tapas e sacudidelas ou com a suspensão de algum passeio.

O fato da atenção nessa instituição ser de caráter predominantemente assistencial limitava as possibilidades de transformá-la ou ao menos de pressioná-la e desestabilizá-la em suas práticas de violência. A existência de uma equipe multiprofissional lhe traria um caráter técnico refletindo as necessidades reais da clientela. Bem, pelo menos em tese...

(Orfanato de meninas - Anotações - 1984).

A intervenção multiprofissional nas instituições sejam estas hospitais, escolas, clínicas, creches, presídios ou orfanatos surge como uma alternativa qualificada substituindo a ação leiga, assistencialista, por uma ação técnica e científica ou em outras palavras competente. As diversas especialidades constituem-se enquanto saber de forma compartimentalizada e fundamentada cientificamente, referindo-se como uma atenção mais adequada às necessidades do ser humano - uma atenção que contemple os diversos aspectos da pessoa. Entretanto, enquanto gera um determinado campo de saber, a equipe multiprofissional estabelece um determinado tipo de poder.

A começar pelo exame - a anamnese médica, psicológica, social e ocupacional como chamada usualmente - a admissão da pessoa à instituição caracteriza-se por um ritual no qual levanta-se um campo de conhecimento sobre a pessoa em questão. Esses dados devidamente registrados e arquivados formam um dossiê, uma historiografia do paciente - não uma crônica privilegiada sobre a vida de um homem como se faz com os poderosos, mas um relato a ser usado como "um meio de controle e um método de dominação" (12). Como diz Foucault:

(12) FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir. p. 170.

"O exame como fixação ao mesmo tempo ritual e científica das diferenças individuais, como oposição de cada um à sua própria singularidade (em oposição à cerimônia onde se manifestem os status, os nascimentos, os privilégios, as funções, com todo o brilho de suas marcas) indica bem a aparição de uma nova modalidade de poder em que cada um recebe como status sua própria individualidade e onde está estatutariamente ligado aos traços, às medidas, aos desvios, às notas que o caracterizam e fazem dele, de qualquer modo, um caso (13).

As reuniões de equipe, em seus estudos de caso, prestam-se a confrontar as diversas informações, dar-lhes um significado, compará-las com os padrões de normalidade, atribuir diagnósticos e prognósticos e acompanhar suas evoluções. As trocas de dados entre os membros da equipe criam verdadeiras redes de informação e vigilância. Dessa forma, controlam-se comportamentos, gestos e atitudes, dores, posturas e palavras. Os mecanismos disciplinares ramificam-se e a vigilância se externaliza: pais, mães e irmãos passam a ser também vigiados em seus hábitos, costumes e relacionamento. Normas são fixadas e procedimentos adotados. No caso de Maria, se houvesse equipe, a punição não seria com rigor, mas com método (14).

O esquema panóptico que a equipe assume torna o controle disciplinar sutil e eficaz, pois "automatiza e

(13) FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir. p. 170-171.

(14) "Em suma, a arte de punir, no regime disciplinar, não visa nem a expiação, nem mesmo exatamente a repressão. Põe em funcionamento cinco operações bem distintas: relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto, que é ao mesmo tempo campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir. Diferenciar os indivíduos em relação uns aos outros e em função dessa regra de conjunto - que se deve fazer funcionar como base mínima, como média a respeitar ou como o ótimo de que se deve chegar perto. Medir em termos quantitativos e hierarquizar em termos de valor as capacidades, o nível, a "natureza" dos indivíduos. Fazer funcionar, através dessa medida "valorizadora", a coação de uma conformidade a realizar. Enfim, traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira externa do anormal... A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza" (idem p. 163).

desindividualiza o poder" (15). O sujeito "nunca deve saber se está sendo observado; mas deve ter certeza de que sempre pode sê-lo" (16) (17).

Entretanto, o poder na vigilância hierárquica se dá piramidalmente. Como que por ironia, a equipe vigia os pacientes e os dirigentes vigiam a equipe. Nas palavras de Foucault "Fiscais perpetuamente fiscalizados" (18). A disciplinarização atinge todo o corpo institucional. Algumas instituições definem com rigidez, horários de entrada, saída e intervalos, tipos de sapatos e uniformes. Em alguns locais a nitidez das hierarquizações distingue não apenas o staff dos pacientes como o próprio staff entre si: cores diferentes de jalecos e de folhas de relatórios são atribuídas aos diferentes membros da equipe. Nessas o quadriculamento disciplinar manifesta sua máxima (19).

A constituição da equipe multiprofissional de Saúde, enquanto entidade e mito, merece ser tema de uma pesquisa particular. Gerada no Brasil a partir do significativo aumento das especialidades nos últimos trinta anos, teve sua ideologia criada no bojo da expansão universitária dos anos setenta.

A visão idílica de uma equipe integrada, harmônica, com uma dinâmica cooperativa de trabalho, constituiu-se a partir da compreensão das ações de saúde como complementares,

(15) FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir, p.178.

(16) Idem, p. 178.

(17) "O 'Panóptico de Bentham' é a figura arquitetural dessa composição. O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra invertido; ou antes, de suas três funções - trancar, privar de luz e esconder - só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha". (Idem, p. 177).

(18) Idem, p. 158.

(19) Idem, p. 131.

pressupondo uma unidade de princípios, objetivos e métodos. O trabalho em equipe não tem se proposto a criticar a concepção monopolista do saber tal como se dá, mas a definir competências, áreas de atuação e aprovar métodos de intervenção. A competição pelas áreas de atuação e pelo mercado de trabalho subsiste nas relações interprofissionais de forma mais ou menos sutil, conforme o caso ou o momento. O encaminhamento legal de áreas de conflito é competência dos Conselhos Profissionais que incluem em suas atribuições além da proteção ao consumidor, a proteção ao produtor do serviço, garantindo desta forma o monopólio do exercício profissional (20).

A dinâmica interna da equipe multiprofissional se traduz também enquanto prática social e conseqüentemente enquanto prática ou relação de poder. Na discussão dos programas a serem desenvolvidos e nos estudos de caso emerge o relacionamento que seus integrantes estabelecem entre si. As delegações de prestígio e desprestígio, a tentativa da manutenção da hegemonia por parte de alguns grupos, a manutenção ou a conquista de determinado campo de atuação manifesta-se com freqüência como a principal tarefa do grupo multiprofissional. Interagem-se fatores emocionais, políticos, históricos, econômicos, éticos, étnicos, metodológicos e administrativos. O resultado reflete a prática cotidiana das equipes que variam de complexidade e nível de conflito. Tratando-se do terapeuta ocupacional outros fatores específicos de sua própria história e identidade profissional interferem no processo.

NEM CERCAS, NEM HORTAS, NEM JARDINS

(Diretor Geral):

- "Não consigo entender essa sua terapia ocupacional. Aliás, não consigo entender o que é terapia ocupacional. Você está fazendo terapia e te-

(20) Baseado em SPINK, M.J.P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um, p. 30.

rapia é coisa de psicólogo. Os psicólogos aqui do hospital é que vão ficar responsáveis pela terapia dos clientes. Você vai - e isto é uma ordem e não uma discussão de trabalho - transformar o Setor de T.O. numa oficina de laborterapia. Todos, sem exceção, vão ter que frequentá-la, e a atividade deverá ser previamente definida. Você deve trabalhar com estátuas de gesso e ensinar os indivíduos a pintá-las da cor que você definir. Há dois anos você está aqui e eu ainda não tenho como justificar ao Conselho do Hospital a existência de uma terapeuta ocupacional, uma vez que não vemos seu produto. Neste tempo todo o hospital não teve nenhuma cerca construída, nem hortas e jardins que pudesse mostrar às visitas. Sou cobrado disso".

(Terapeuta Ocupacional):

- "Se você quer implantar isso no hospital, não tenho como impedir. Mas, não através da minha pessoa". E pedi minha demissão.

(Hospital Psiquiátrico I - Entrevista - 1979).

São diversas as representações que se têm da prática e da conceituação de Terapia Ocupacional. Existem diversas outras denominações para definir o método ocupacional - dentre outras, praxiterapia, laborterapia, ergoterapia, reabilitação etc. Se esta realidade parece confusa para leigos e problemática para os próprios terapeutas ocupacionais, serve, ao menos, para clarificar que tal indefinição de identidade deve ter algum significado que mereça ser elucidado. A questão da identidade profissional tem dimensões históricas, políticas e metodológicas que se entrelaçam e se determinam dialeticamente, o que impossibilita analisar uma dimensão sem de alguma forma abordar a outra.

Ao situar historicamente a Terapia Ocupacional no Brasil percebe-se que confundir o surgimento da sua prática e a constituição do seu saber com a criação de cursos sistemáticos de graduação nos anos 50 implica reduzir e simplificar

um processo de características mais amplas e contraditórias. Isto porque a percepção e o conhecimento que se tem do uso do trabalho como recurso terapêutico transcende as fronteiras espaciais e temporais da disciplina Terapia Ocupacional. A compreensão de uma terapêutica pelo trabalho ultrapassa o próprio domínio da terapia para refletir as diversas concepções, valores e expectativas atribuídos ao trabalho ao longo dos tempos.

É do século XVII a constituição de uma ética do trabalho onde condena-se a miséria, a mendicância e a ociosidade como fonte de todas as desordens. Limites claros são traçados entre o trabalho e a ociosidade. Pobres, desempregados, correccionários e insanos tornam-se os internos do Hospital Geral e das Casas de Correção. Para os menos obstinados são criadas as Casas de Trabalho (Workhouses ou Zuchthausen).

No Brasil de três séculos depois parece que nada mudou: os hospitais psiquiátricos, os asilos, as prisões, as Febens, os orfanatos não estão lotados de loucos, idosos, dementes, jovens delinqüentes, assassinos e órfãos como quer o discurso oficial. Na verdade o enorme contingente de internos neste país é composto quase que exclusivamente de pobres. Pobres que o sistema produtivo não consegue absorver ou a quem a família, não conseguindo prover subsistência e cuidados especiais, abandona ou interna. Solução? A panacéia para todos os males: trabalho. "Se tivessem vontade ou condições de se sujeitarem ao trabalho não estariam nesta condição; não trabalha quem não quer, apenas por preguiça" diz uma das vozes correntes (21).

Daí provém uma das representações mais comuns que a sociedade, a despeito de toda indignação do profissional, tem sobre Terapia Ocupacional. Sua função social? Ocupar as pessoas, isto é, tirá-las da ociosidade. O termo ocupacional

(21) "O trabalho nas casas de internamento (no século XVII) assume uma significação ética: dado que a preguiça tornou-se a forma absoluta de revolta, obrigam-se os ociosos ao trabalho, no lazer indefinido de um labor sem utilidade nem proveito" (Foucault, Michel. História da Loucura, São Paulo, Editora Perspectiva, 1972, p.72).

presta-se a reforçar ainda mais este sentido. Ocupar tem, além das significações de "dar trabalho ou ocupação", a de "consumir o tempo". Ociosidade, segundo o Dicionário Aurélio, "é a qualidade ou estado de ocioso de quem gasta o tempo inutilmente; inatividade". Daí o termo Terapia Ocupacional assumir a conotação da terapêutica destinada a consumir o tempo em trabalho para evitar a inutilidade, a inatividade e a ociosidade.

Entretanto, a significação do internamento não se atém apenas às causas morais (22). Dentre outras, as econômicas são também relevantes. Economicamente falando, o internamento possibilita na época da recessão econômica o recolhimento de desempregados, pobres e desassistidos de toda espécie sob a égide dos programas sociais; na época de economia mais forte o contingente de desempregados possibilita o barateamento da mão-de-obra. Temos no Brasil contemporâneo um exército industrial de reserva constituído não apenas da população desempregada e sub-empregada como do enorme contingente de internos, sejam jovens, adultos ou idosos.

A significação econômica do internamento da época clássica atribui um outro entendimento ao trabalho: além de ser ocupação também deve ser produtivo (23). Com relação a este aspecto a diferença entre a concepção do Antigo Regime e do Estado (que sancionará a nova ordem burguesa) não vai se dar a nível de uma nova compreensão do valor ético do trabalho mas a nível da constituição da cidadania e do papel atribuído ao trabalho no contrato social (24) e da percepção do trabalho como fonte de lucro (25). Dado econômico consti-

(22) O Classicismo intentou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os "internos". O leprosário tinha um sentido apenas médico; muitas outras funções representaram seu papel nesse gesto de banimento que abria espaços malditos. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto. FOUCAULT, Michel. História da Loucura, p. 53.

(23) Idem, p. 67.

(24) Ver Contrato Social In CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo, p. 35.

(25) "No momento em que a sociedade burguesa percebe a inutilidade do internamento e deixa escapar essa unidade de evidência que tornava o desatino sensível à era clássica, ela se põe a sonhar com um trabalho puro - para ela, todo o lucro; para os outros, apenas a morte e a submissão moral - onde tudo o que há de estranho no homem seria sufocado e reduzido ao silêncio. FOUCAULT, Michel. História da Loucura, p. 427-428.

tuído pelo trabalho, seu produto e sua gratificação e dado moral constituído pela virtude, pela vigilância e pelas recompensas.

É sob essa perspectiva que o diálogo do texto anterior se baseia. Nesse caso, o uso do trabalho como tratamento é reconhecido quando reverte em forma de benefício para a instituição mostrando, desta forma, que o doente/detento/menor/deficiente/idoso foi reeducado pelo e para o trabalho. Isto significa que hábitos e atitudes de trabalho foram desenvolvidos, a agressividade e a atividade masturbatória foram diminuídas e condutas anti-sociais foram modificadas. Esse processo de disciplinarização demonstra sua produção: cercas foram construídas, alfaces foram plantadas, dentes foram escovados, rebeliões inibidas. Se Terapia Ocupacional tiver esse significado, seu espaço social é garantido pelo discurso oficial. Contudo, se o terapeuta ocupacional questionar o significado da loucura construir sua própria cerca, dos internos de um hospital psiquiátrico não poderem manifestar suas próprias opiniões, de um centro de tratamento estar servindo como uma unidade de produção, como no citado texto, a Terapia Ocupacional perde seu encanto e a seguir muda-se o terapeuta ou o nome da terapia.

É importante acrescentar que subjaz na perspectiva do diretor do hospital psiquiátrico o estatuto de tutela (26) que permeia toda a política de assistência. O terapeuta ocupacional, mais ocupacional do que terapeuta, deve conduzir a relação de trabalho e de produção dos pacientes psiquiátricos. Como diz Castel:

"Relação de dominação, sem dúvida, mas que participa ainda da utopia de uma troca racional geral e a mimetiza, mesmo quando um dos polos da reciprocidade está ausente. Também a violência que aí se exerce participa da boa consciência da razão: ela se desenrola para o bem dos submissos" (27).

(26) CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. p.34, 39, 45 e 46.

(27) Idem, p. 45.

"ACONTECEU NA T.O. ... DE SATISFAÇÃO"

A equipe deste hospital psiquiátrico era composta de dois psicólogos, uma assistente social e sua estagiária, três médicos, a enfermagem (sem enfermeira padrão) e eu, terapeuta ocupacional, contratada por meio período. A equipe era nova. Estavam todos começando e investindo muito. Era, em geral, o primeiro emprego de todos. Começamos então a vivenciar a situação de equipe, organizando as primeiras reuniões. O diretor geral do hospital, que era engenheiro eletrônico, não queria que houvesse qualquer reunião sobre a qual não detivesse o controle. A equipe não queria permitir que um engenheiro participasse da discussão clínica. Este por outro lado, proibiu as reuniões clínicas, já que não podia participar; estruturou uma reunião administrativa que acontecia quinzenalmente. Nos reuníamos então nos bastidores, íamos um na sala do outro para discutir os casos.

Naquela época eu brigava muito por um trabalho de Terapia Ocupacional com grupo fechado. Como não daria para atender todos porque eram muitos, atendíamos os que estavam pior ou aqueles que nos eram encaminhados. Na época minha intenção era montar grupos fechados para mostrar o trabalho de Terapia Ocupacional. Deram-me liberdade total mas sem dúvida esperavam da Terapia Ocupacional aquilo de ocupar todo mundo, de construir coisas bonitas, deixar o hospital bonito com jardim, cerca... Resolvi não entrar nessa e partir para uma situação bem terapêutica. Depois eu consegui uma auxiliar de Terapia Ocupacional. Fazíamos então uma programação semanal distribuindo os clientes pelo grupo terapêutico e pela oficina. Eu reunia uma vez por semana todas as pessoas interessadas e programávamos o que ia acontecer - podia ser uma festa, um campeonato,

uma atividade, presentes para os aniversariantes do mês... A auxiliar é que cuidava da oficina. Enquanto isso na outra sala eu coordenava o grupo terapêutico que era um grupo fechado com hora definida. O diretor geral continuava querendo saber o que era Terapia Ocupacional. Tinha o cuidado de explicar para todo o mundo, mostrar a evolução de um caso, até conseguir achar que estavam percebendo... Até que chegou uma época que o diretor geral começou a se interessar muito por Terapia Ocupacional. Conheceu alguém que trabalhava num asilo fazendo uma tal de "labor-terapia". Ele ficou fascinado porque não entendia como eu trabalhava com tanto gesso, tanto barro e as atividades produzidas eram "feias", impossíveis de se vender. Na laborterapia que conheceu os pacientes produziam, fabricavam e vendiam. Começou então a discussão de porquê a laborterapia, porquê a Terapia Ocupacional. Apesar de trazer um caso, explicando-o e exemplificando as diferenças entre a laborterapia e Terapia Ocupacional, o diretor não se conformava.

Foi quando ele descobriu que existia uma tal de Comunidade Terapêutica, interessante e que era desenvolvida na Clínica Pínel no Rio Grande do Sul. Fomos a equipe inteira, o diretor geral do hospital e o chefe do departamento pessoal - fazer um estágio de 3 dias nessa Clínica.

Quando voltamos o hospital ficou funcionando só com a emergência durante um mês para que ficássemos discutindo sua transformação em uma Comunidade Terapêutica. O que mais interessava ao Diretor Geral era o fato de que os pacientes participariam de todo o trabalho da instituição, barateando o custo. Além disso, através dos grupos operativos ele teria um controle grande de tudo o que se passasse no hospital. Mil brigas aconteceram. Claro que tudo que desse lucro seria implantado e o que desse prejuízo não. A Terapia Ocupacional passaria a ser a peça central do

processo porque caberia a ela organizar a mão-de-obra.

Depois de um mês de estudos o que se conseguiu foi montar dois grupos operativos, um sendo dirigido pela secretária do diretor e o outro pelo chefe do departamento do pessoal. Toda semana tínhamos que ouvir a avaliação do grupo: "Tal paciente disse que na Terapia Ocupacional aconteceu tal fato, dê satisfação" ou "O paciente disse que o Serviço Social disse isso, dê satisfação".

Na situação do paciente participar da mão-de-obra, o diretor começou a cobrar de mim que os pacientes produzissem alguma coisa visível para o hospital; começou a dar serviço para a Terapia Ocupacional - por exemplo, fazer a cerca do hospital, fazer bazar... Na reunião semanal discutíamos quem queria ajudar na cerca. Só ia quem queria, como em um trabalho voluntário. Com relação ao bazar, o diretor queria que tudo que se produzisse na Terapia Ocupacional fosse vendido. Tínhamos que ficar protegendo as atividades dos pacientes para que não fossem levadas para lá. (Se bem que eram poucas, porque elas não tinham a estética necessária para serem vendidas). Na reunião de segunda-feira o que consegui fazer foi discutir que existiria atividade de bazar se os pacientes quisessem e da seguinte forma: a atividade seria organizada para um bazar, eles discutiriam o preço, organizariam a venda e o que iam fazer com a verba depois da venda. Definiu-se que não era uma atividade de grupo que ia ser vendida mas era um grupo que ia trabalhar para o bazar. Nunca deu certo porque nunca houve estrutura para organizá-lo mas se tentou fazê-lo. Com relação à Comunidade Terapêutica logo se acabou a novidade e o hospital voltou a funcionar como instituição tradicional mas, a construção da cerca ficou "entalada" porque nunca foi termi-

nada. O conflito cada vez aumentava mais. Algumas pessoas começaram a ser pressionadas a se demitir, outras eram simplesmente demitidas e outras iam embora por conta própria. A esta altura a equipe já estava bem integrada; dava-se para vislumbrar um trabalho multidisciplinar. As demissões começaram pelos auxiliares e dentre estes o primeiro foi o de Terapia Ocupacional.

Apareceu então uma psicóloga que queria fazer qualquer coisa. Segundo ela: "Topava qualquer coisa, até varrer o chão". O diretor queria dar-lhe o lugar pois era afilhada de alguém de seu conhecimento. Sem auxiliar de Terapia Ocupacional, necessitávamos de alguém para manter a estrutura que havíamos montado. Encaminharam-me essa psicóloga. Expliquei-lhe que precisávamos de uma auxiliar que além de ficar com os grupos tinha também outras funções como limpar pincéis, arrumar armários etc. Mesmo assim ela resolveu aceitar. Vivía dizendo que queria fazer um trabalho na linha de Gestalt. Esclarecia que este setor era de Terapia Ocupacional e não de Psicologia. Insistia em ir para a Terapia Ocupacional e eu resistia. Passou a vir todo dia ao hospital mas não mais ao nosso setor; ficava com o diretor. Até que houve a reunião em que ocorreu minha demissão, como já relatei.

(Hospital Psiquiátrico I - Entrevista - 1979)

A Terapia Ocupacional, compreendida enquanto fomento à produção, encontra raízes bem fortes seja nas instituições oficiais ou no discurso oficial.

Maria Clementina Cunha em "O Espelho do Mundo" retoma uma matéria de Franco Montoro então Governador do Estado de São Paulo que retrata com clareza esta perspectiva sob a concepção oficial.

"O Juqueri, antiga e triste experiência social, começa um processo de mudança. Num exemplo de auto-produção e tratamento pelo trabalho, os pacientes cultivaram, no último ano, 22 alqueires de terra, produzindo 30 toneladas de milho, 7 de feijão, 33 de hortaliças diversas. Criaram centenas de animais. No setor industrial do hospital fabricaram mais de 30 mil peças de roupas e lençóis, 600 pares de sapatos, 70 mil tijolos e 230 mil quilos de pães (...).

Estes são os resultados práticos da iniciativa que tomamos em fevereiro do ano passado, quando, após visita de inspeção (...), determinamos uma série de ações destinadas a manter os doentes ocupados e trabalhando, na medida do possível, para o seu próprio sustento. Além de substituir o ócio pelo trabalho, essas medidas diminuem as despesas de tratamento e proporcionam aos doentes melhores condições de recuperação (...).

Começamos agora a colher os primeiros frutos. O Juqueri, antes conhecido como um depósito de doentes mentais e deserdados da sorte, nos dá um exemplo de trabalho social" (28).

A autora refere que este discurso poderia ser de um outro Franco, isto é, Franco da Rocha, alienista do Hospício do Juquery. Tais palavras, mesmo com a defasagem do tempo são características do movimento alienista surgido na França ao final do séc. XVIII e que tem como proposta o "tratamento moral". Este movimento chega ao Brasil um século mais tarde com a criação do Hospital Pedro II no Rio de Janeiro e do Hospício do Juquery em São Paulo.

O uso do trabalho no asilo psiquiátrico aparece como um dos componentes da tecnologia disciplinar alienista.

(28) CUNHA, M^a Clementina. O Espelho do Mundo. Juquery, a história de um asilo, p. 207.

Sua utilização modifica-se com relação ao Hospital Geral (29) da era Clássica não no seu significado moral mas essencialmente na nova concepção terapêutica que se lhe atribui.

A percepção de que a população internada nos hospitais gerais é improdutivo gerando um verdadeiro desperdício econômico e humano (30), leva ao fim o Internamento Clássico.

Surge o Estado burguês que "deve respeitar a liberdade dos cidadãos, seus contratos fundados sobre a propriedade privada, a livre realização das trocas sob as leis do mercado. Inversamente, ele pode e deve sancionar qualquer transgressão dessa ordem jurídico-econômica" (31). Contudo nem todas as transgressões vão se colocar a nível jurídico. O louco, por sua especificidade, não é responsabilizado pelos seus atos. Desta forma, não podendo cumprir o contrato social ele deve ser tutelado; deve ser tratado e para tal deve permanecer recluso.

As obras de Pinel e Tuke apesar de suas diferentes naturezas, principalmente no que se refere ao contexto religioso do mundo Quacre de Tuke e ao contexto da loucura no momento político da Revolução Francesa, aproximam-se na compreensão do valor terapêutico do trabalho. Entretanto em ambas as obras este aspecto não é priorizado, mas faz parte de um conjunto disciplinar maior.

Pinel funda sua prática asilar em cima de algumas estratégias a saber (32): o isolamento terapêutico, pressupondo o benefício do distanciamento do doente do foco de influências não controladas que representa a sociedade; a constitui-

(29) "Do mesmo modo, o Hospital Geral não tem o aspecto de um simples refúgio para aqueles que a velhice, a enfermidade ou a doença impedem de trabalhar; ele não terá simplesmente o aspecto de um ateliê de trabalho forçado, mas antes o de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa "falha" moral que não merece o tribunal dos homens, mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência". FOUCAULT, Michel, História da Loucura, p. 74.

(30) CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: A Idade de Outro do Alienismo. p. 67.

(31) Idem, p. 36.

(32) Idem, p. 85-89.

ção da ordem asilar articulando rigorosamente os lugares, as ocupações, o emprego do tempo e a hierarquia que regula a vida cotidiana do doente; e a relação de autoridade exercida pelos médicos e seus auxiliares sobre o doente no exercício de um poder sem direito à reciprocidade.

"No asilo a justificação terapêutica de todas as atividades é deduzida do mesmo princípio. A organização da vida cotidiana é tratamento, a submissão às ordens do pessoal é tratamento, o trabalho é tratamento. O 'tratamento moral' é o desenrolar de uma tecnologia englobante que supostamente unifica, internamente, a diversidade das coerções (de ordem econômica, administrativa, pessoal etc.) impostas ao recluso. A menor perpécia da vida cotidiana é retomada no projeto global da instituição e elevada à dignidade de suporte terapêutico"(33).

Nada mais atual ao cotidiano institucional contemporâneo no Brasil. Mesmo na Terapia Ocupacional mais tarde constituída, e que se refere ao tratamento moral como apenas um precursor, encontraremos indícios da manutenção de aspectos da ordem psiquiátrica seja na organização da vida institucional cotidiana ou no controle do tempo e do espaço do interno.

O Retiro de Tuke é uma casa de campo onde praticase a agricultura e a criação inserindo "o doente numa dialética simples da natureza" (34) mas, ao mesmo tempo, reproduzindo a Comunidade dos Quacres, o Retiro age como instrumento de segregação moral e religiosa. Instrumento terapêutico: onde o trabalho vem em primeira instância no "tratamento moral" (35)

(33) CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo, p. 92-93.

(34) FOUCAULT, Michel. História da Loucura, p. 469.

(35) "Em si mesmo, o trabalho possui uma força de coação superior a todas as formas de coerção física, uma vez que a regularidade das horas, as exigências da atenção e a obrigação de chegar a um resultado separam o doente de uma liberdade de espírito que lhe seria funesta e o engajam num sistema de responsabilidade: 'O trabalho regular deve ser preferido, tanto do ponto de vista físico quanto moral...; é aquilo que existe de mais agradável para o doente e o que há de mais oposto às ilusões da doença (Tuke, 1813). Idem, p. 480.

onde é necessário "banir com extremo rigor todos os exercícios de imaginação que mantêm sempre uma cumplicidade com as paixões, os desejos, ou todas as ilusões delirantes" (36); onde o olhar se transforma em um dos grandes componentes do asilo, olhar que através de um cerimonial próprio acua o louco e não lhe permite reciprocidade; onde incentiva-se a auto-contenção buscando comprometer a liberdade do doente no trabalho e no olhar dos outros.

Pela análise de Foucault é necessário reavaliar a obra de Tuke e suas referências como um movimento de libertação dos alienados: "Na verdade, Tuke criou um asilo onde substituiu o terror livre da loucura pela angústia fechada da responsabilidade" (37).

É interessante comparar o discurso oficial na voz do Governador Franco Montoro com um texto de Tuke de 1813 "Description of the Retreat", em que se referindo ao Retiro afirma que o jardim "produz frutos e legumes em abundância; ao mesmo tempo oferece a muitos doentes um lugar agradável para a recreação e para o trabalho" (38).

O Juquery dos anos 80 é um símbolo das idas e vindas na Política de Saúde Mental do país. Sem dúvida, estes avanços e retrocessos têm repercutido no desenvolvimento das práticas terapêuticas. O ecletismo (39), com o qual o alienismo brasileiro se revestiu misturando os fundadores do asilo e do tratamento moral com os teóricos da degenerescência, os organicistas como Kraepelin com a teoria freudiana, tem raízes históricas particulares e até hoje influencia as práticas institucionais do país (não apenas as ligadas aos hospitais psiquiátricos).

(36) FOUCAULT, Michel. História da Loucura, p. 480.

(37) Idem, p. 479.

(38) Idem, p. 467.

(39) Ver CUNHA, M^a Clementina P. O Espelho do Mundo, p. 28-29.

A laborterapia (40) surge no contexto deste ecletismo e de suas inerentes condições históricas. Está associada à necessidade de se traçar estratégias disciplinares que possam conter os problemas gerados pela explosão urbana das grandes cidades.

A grande maioria dos internos do Juqueri era proveniente da zona urbana e nela exerciam sua profissão (41). Por outro lado, o trabalho terapêutico oferecido era quase que exclusivamente agrícola o que vem de encontro a perspectiva alienista de retorno à natureza (42). Entretanto, "Longe de constituir um meio de cura, o trabalho era recomendado precisamente para aqueles doentes já sem qualquer possibilidade de reintegração social: os 'incuráveis', os crônicos, aqueles destinados a terminar seus dias no asilo. Levantando-se às 6 horas da manhã, ocupando-se diariamente em jornadas de cerca de sete horas diárias sem qualquer remuneração, estes internos deixam de constituir um problema médico e passam a constituir exclusivamente um problema administrativo e disciplinar" (43). A mesma característica disciplinar na laborterapia se explicita no fato de não ser prescrita "aos curáveis" e aos pensionistas ricos para quem "o ócio permanece sendo a regra terapêutica adotada" (44). A importância da produtividade para a "cura" manifesta-se diferentemente para homens e para mulheres, podendo os primeiros cumprir 6 a 7 horas de trabalho diário em local aberto enquanto que para o sexo feminino a reclusão do trabalho doméstico na

(40) (...) Franco da Rocha escolhe um modelo misto que compunha, em uma grande instituição, o hospício e a colônia agrícola, as terapias químicas e mecânicas da medicina mental com a laborterapia e o tratamento moral do asilo clássico. Se não a única opção possível pela diversidade de experiências que caracterizavam o alienismo do período - pareceu-lhe aquela que melhor se adaptava aos objetivos e às condições históricas que presidem o nascimento do alienismo no Brasil - ou seja, desenhar equipamentos de disciplina capazes de equacionar com sucesso as questões colocadas pela explosão urbana. O alienismo, que constitui um destes equipamentos, necessitava contemplar ainda os propósitos da exclusão, praticada até então, em escala muito reduzida e fora do controle médico. CUNHA, M^a Clementina P. O Espelho do Mundo, p. 68-69.

(41) A principal justificativa para a exclusividade do trabalho agrícola no interior do asilo era de que "a maior parte dos nossos doentes provém da classe dos trabalhadores da agricultura, habituados ao serviço rude de dez a doze horas por dia. Que fazer? Transformá-los aqui em alfaiates, sapateiros, tipógrafos?" Curioso que tal afirmação não seja confirmada pelos números, mesmo aproximados, relativos à procedência ou à origem profissional dos internos do hospício. Idem, p. 72.

(42) Idem, p. 73.

(43) Idem, p. 74.

(44) Idem, p. 87.

casa coletiva se faz necessário (45). Pacheco e Silva, sucessor de Franco da Rocha, amplia as atividades que ao lado do trabalho constituem a terapêutica moral: música, sessões de cinema e leitura tornam-se eficientes meios de distrair os internos mas desde que criteriosamente selecionadas e vigiadas para serem consideradas positivas (46).

Paralelamente no Rio de Janeiro, seja no Hospital D. Pedro II fundado em 1852 ou nas Colônias Juliano Moreira e Centro Psiquiátrico Nacional fundadas em 1911, a mesma prática ocupacional ocorre inclusive com a predominância das atividades rurais exceto no último onde "as ocupações realizadas se diversificam do setor primário ao terciário da economia nacional" (47), como por exemplo oficina de ferraria, mecânica, elétrica, tipografia, pintura de paredes, dentre outras.

A ocupação terapêutica declina após os anos 30 devido à crise econômica internacional, suas repercussões na economia nacional e por conseguinte nos programas sociais. Seu ressurgimento nos anos 40 dá-se face à mudanças econômicas e políticas e ao movimento internacional de reabilitação (48).

Muitas mudanças, que serão mais tarde mencionadas, ocorreram no período dos anos 40 aos 80 no Brasil: a revolução técnico-científica, a assessoria de órgãos internacionais para a implantação dos programas de reabilitação, o surgimento da Terapia Ocupacional enquanto profissão, a criação dos cursos de terapia ocupacional a nível universitário dentre outros. Sem dúvida, o terapeuta ocupacional ganhou espaços importantes no cenário nacional durante este período.

(45) CUNHA, M^a Clementina P. O Espelho do Mundo, p. 88-89.

(46) Idem, p. 100-101.

(47) SOARES, Léa Beatriz. Terapia Ocupacional: Lógica do Capital ou do Trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no estado brasileiro de 1950 a 1980, p. 107.

(48) Com relação ao estudo mais aprofundado da evolução histórica institucional no Brasil e o uso da ocupação terapêutica, ver Léa Beatriz Soares, op.cit.

Entretanto, traços do tempo da ocupação terapêutica nas primeiras instituições psiquiátricas asilares permaneceram sutilmente na compreensão que se tem da Terapia Ocupacional e na própria constituição dos seus serviços, às vezes, para nossa surpresa, mesmo naqueles com propostas transformadoras.

A associação da Terapia Ocupacional com a perspectiva de moralização da sociedade ainda é uma constante; igualmente a constatação de discursos que atribuem minoridade à Terapia Ocupacional, dando-lhe pouca importância e desconsiderando sua competência técnico-científica. Por fim pode-se traçar um paralelo com a atribuição que Roberto Machado (49) faz à psiquiatria: "para uma ação moral não é necessária competência científica".

A atribuição do espaço aos setores de Terapia Ocupacional, dentre outros, demonstra esta constatação.

"UMA LUZ VINDA DO CÉU"

A admissão ao hospital foi bem diferente do que a minha posterior saída.

Ainda não havia me formado quando comecei a procurar emprego. Fiz aquela caminhada de bater de porta em porta: "Sou terapeuta ocupacional quase formada e...". Bem, ou te recebem e falam qualquer coisa como "te telefonamos depois" ou já nem te recebem. Às vezes ficam muito animados com a tua presença mas "já temos terapeutas ocupacionais" e te levam para um setor de recreação, ou algo parecido como salão de beleza etc. Depois de rodar todos os hospitais psiquiátricos da região fui por último em um hospital psiquiá-

(49) "A ação do psiquiatra é moral e social, e não depende necessariamente para sua eficácia de competência científica: desalienar é instaurar uma ordem moral". MACHADO, Roberto. Ciência e Saber. A trajetória da Arqueologia de Foucault, p. 81.

trico espírita em São Bernardo. Para minha surpresa acabei marcando uma entrevista em um dia em que estava se fazendo seleção de estagiários de Serviço Social. Fui a última a entrar e quando falei que era terapeuta ocupacional, o diretor da instituição achou ótima a idéia. Disse que eu tinha caído lá por uma luz vinda do céu. Com tal recepção quem quase não acreditou fui eu. Continuou dizendo que estavam querendo ter Terapia Ocupacional no hospital. Nunca tinham tido terapeuta ocupacional mas percebiam sua importância. Perguntou quando me formaria, marcamos a data de início e ele já foi me apresentando o hospital - a cozinha, a administração, as alas... Era um hospital pequeno - cerca de 80 internos, tudo era muito improvisado: as alas eram pequenas, a administração era num barracão de madeira; o terreno era enorme - a área construída menor com um grande bosque a sua volta.

(...) Quando ia ser contratada tive que passar pelo diretor clínico, psiquiatra, que questionou Terapia Ocupacional, o que pretendia ou não fazer. Num clima bom ia testando até a capacidade de brigar do profissional (mais tarde eu perceberia que iria precisar dela).

O diretor geral da instituição, me deu liberdade total de se fazer o que quisesse - ver, pensar, estudar, reformular. Com relação ao setor de Terapia Ocupacional também: "O Setor de Terapia Ocupacional é seu, faça o que quiser". Comecei a procurar onde instalar o setor. O único lugar viável para montá-lo era a antiga sucata. Era um galpão enorme de aproximadamente 20 metros de comprimento por 6 metros de largura, dividido de tal forma a separar uma sala pequena, uma outra de aproximadamente 7 metros e uma última de aproximadamente 10 metros. Tinha que ser desentulhado e pintado porque estava em péssimas condições. Metada da parede do galpão, que ficava no meio do bosque, era de alvenaria,

a outra era de treliça de madeira por onde entrava frio, gato, rato...

A total liberdade que tinha para montar o setor era igual a iniciativa e a autonomia que seriam necessárias para providenciar tudo absolutamente sozinha, desde conseguir o material até pintar as paredes. O setor teve que começar com os pacientes trabalhando na sua montagem - seja pintando, reformando móveis velhos, colando papel de parede. Utilizávamos o material doado que havia no hospital e improvisávamos. Os pacientes que participaram da montagem do setor sentiam-se seus proprietários. Destinamos para estes uma parede pintada de branco para que pudessem escrever, desenhar, pintar o que quisessem. Mais tarde esta parede se transformaria num espaço em que todos faziam o que queriam.

Quatro meses depois de minha entrada o Setor de Terapia Ocupacional estava montado. Tinha então a liberdade de montar os grupos que quisesse. Começava uma nova empreitada: montar grupos mistos e não os masculinos separados dos femininos como quer a tradição do hospital psiquiátrico.

(Hospital Psiquiátrico I - Entrevista - 1979)

Um dos recursos de se conhecer algumas das representações que se tem de Terapia Ocupacional é analisar a relação espacial que o Setor de Terapia Ocupacional estabelece com a Instituição. Análise esta que a partir da compreensão do espaço institucional concreto, externo busca a explicitação do espaço terapêutico ocupacional internalizado pelos atores institucionais.

Na vivência institucional cotidiana do terapeuta ocupacional é muito comum que este realize a montagem do setor em que irá trabalhar. A frequência deste hábito deve-se ao fato da Terapia Ocupacional nestas três décadas de existência ter progressivamente ampliado sua área de atuação

tanto a nível numérico quanto a nível de novos campos de trabalho. É raro o terapeuta que em sua vida profissional tenha desde o início trabalhado em setores previamente e bem montados.

Não creio que se possa atribuir a esta situação um caráter excepcional já que a área de Saúde ao incorporar novas abordagens terapêuticas ao modelo médico e assistencial tradicional possibilitou a abertura institucional a novos serviços (tais como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia).

Entretanto o peculiar para a Terapia Ocupacional tem sido a forma e as condições em que se dá a montagem de seus serviços.

Nos relatos dos terapeutas ocupacionais em geral se constata o fato de ao iniciarem o trabalho em uma instituição nenhum espaço lhes ter sido previamente destinado. Sua prática dá-se em salas emprestadas, refeitórios, pátios, barracas, galpões, depósitos, corredores, parquinhos até que através de muito empenho conseguem um espaço mais adequado. Sem dúvida, pode-se relacionar esta situação às péssimas condições materiais das instituições no país. Entretanto, com freqüência percebemos que, mesmo em trabalhos novos com melhores condições, atribuem-se aos profissionais mais tradicionalmente conhecidos espaços físicos mais claramente definidos, demonstrando resistência a definir um espaço à Terapia Ocupacional.

"NO CORREDOR LÁ EM CIMA, NÃO PASSA NINGUÉM"

Quando os meninos chegaram não estávamos ainda na casa onde seria instalada a Unidade. Após uma semana é que fizemos a mudança e após instalados é que começamos (a Terapia Ocupacional, a Psicologia, o Serviço Social, a Pedagogia e a Psiquiatria) a elaborar a proposta de trabalho da Unidade. Durante este período, como algo

precisava estar acontecendo com os meninos que já haviam chegado, foi sugerido que eu os ocupasse. Meu primeiro impacto foi de indignação: "Mas como? Ocupar?" Contudo, depois percebi que foi muito bom. Os 50 meninos eram muito desconhecidos para todos nós. Não sabíamos direito quem eram exceto que tinham entre 9 e 14 anos e que haviam cometido (ou lhes era atribuído) alguma espécie de delito. Durante este período inicial, em montei grupos: juntos pintamos e decoramos a casa com os trabalhos. Foi muito gostoso porque deu para conhecê-los e ficarmos muito próximos. Foi quando resolvi começar a fazer entrevista individual, pois em grupo era difícil entender bem cada um. A partir da leitura das suas pastas elegi alguns para conversar. Só que eu não tinha espaço para isso. Conversava onde era possível: no refeitório, no pátio. Para iniciar o atendimento propriamente dito resolvi selecionar a partir do grupo de escolarização, que era o mais sistematizado, já que não era possível atender todos. Escolhi aqueles que não conseguiam estar no grupo, ficavam quietos e isolados no canto, e também aqueles que não conseguiam aprender.

A situação do espaço era a mesma: atendia-os no refeitório e no pátio. Ficava chateada: outros profissionais que eram contratados ganhavam sua sala, e eu que estava lá desde o carregar dos móveis não tinha nem onde colocar minha bolsa. Desde o momento em que havia escrito a proposta de trabalho, falei da importância de se ter um espaço físico próprio. O pessoal achava que eu estava "dando indireta". Diziam: "Atende naquele corredor lá em cima que não passa ninguém". Eu não aceitava, pois, queria um espaço seguro para os meninos, que fosse gostoso. Comecei então a atender numa sala - a seis - cheia de entulho que diziam que iria ser a sala de atendimento da Psicologia - atendimento terapêutico.

Eu não sabia onde eles pretendiam colocar a Terapia Ocupacional. Inicialmente eles atribuíam os atendimentos terapêuticos à Psiquiatria e à Psicologia e separavam a Terapia Ocupacional. Na hora da redação da proposta definitiva eu fiz mudar porque afinal a Terapia Ocupacional faz parte do Setor Saúde e não podia ser colocado fora deste.

Voltando à questão do espaço, comecei a atender nesta sala toda bagunçada (tinha colchão, etc.). Saía do atendimento e não tinha onde fazer relatório ou ler um prontuário. Ia escrever no banheiro e as pastas dos meninos ficavam guardadas no armário em que os monitores guardavam suas bolsas.

Às vezes tinha vontade de chorar, de sentar no tal do corredor e dizer: "Gente, eu estou aqui há algum tempo e vocês não estão me vendo!" Comecei a me desvalorizar achando que o problema era meu. Por que quando um profissional saía e sua mesa e cadeira ficavam vagas eles não me ofereciam? Quando uma das psicólogas saiu, a outra me ofereceu seu local, mas "apenas enquanto a nova não vem".

Um dia, cansei. Entrei na sala seis. Tirei tudo sem falar nada com ninguém (direção, equipe...). Limpei o chão e esfreguei as paredes. Alguns meninos a quem atendia me ajudaram. Mais tarde fizeram prateleiras e as pintaram da cor que quiseram. A sala seis virou a sala da T.O. Pedi que eu mesma ficasse com a chave. Não queria que a usassem e a descaracterizassem: era uma sala de atendimento, tinha de ser especial, agradável e segura para os meninos. Colocamos mesa; nos ofereceram armários. Todo mundo achava aquela sala uma delícia. Era o lugar mais gostoso da casa. Mas senti que para alguns da equipe, principalmente para a Psicologia ficou um certo mal-estar.

O Coordenador Técnico, que era psicólogo, veio finalmente depois de muito tempo conhecer nossa sala. Gostou muito mas ao sair não deixou de dizer "brincando": É, ela roubou a sala da Psicologia".

*(Unidade de Tratamento de Meninos Infratores -
Entrevista - 1986)*

Ainda esbarramos com a concepção que para distrair e ocupar pacientes qualquer espaço serve.

Percebe-se uma dificuldade em se admitir o "terapêutico" da Terapia Ocupacional que implica a necessidade de um espaço próprio reservado, aconchegante com recursos materiais adequados. A utilização de áreas comuns à instituição como pátios, parques, enfermarias pode ser uma estratégia terapêutica mas nunca sua única possibilidade.

Mesmo para a surpresa de muitos, a Terapia Ocupacional é uma intervenção terapêutica e como tal propõe-se a estabelecer vínculos, compromete-se a respeitar sigilos, identifica metas, escolhe suas próprias estratégias e define prazos terapêuticos.

Não creio, entretanto, que o terapeuta ocupacional esteja isento de responsabilidade pelo desconhecimento que a sociedade lhe atribui. Igualmente é responsável pelo espontaneísmo técnico que se verifica ainda em algumas práticas terapêuticas ocupacionais. A conquista de seu espaço profissional e a ruptura com modelos historicamente cristalizados têm sido dificultadas. Dentre outros motivos apontamos a falta de segurança em suas propostas metodológicas e sua formação teórica insuficiente associadas às dificuldades com que contextualiza ideologicamente sua prática.

Entretanto, há que se ressaltar que a resistência em se identificar a Terapia Ocupacional com suas intenções tipicamente terapêuticas deve ter outras explicações além daquelas fundamentadas na questão da competência teórico-

-técnica ou do grau de cientificidade como preferem outros. Uma dessas resistências se explicita nas microestruturas do poder institucional em especial nos papéis que os atores institucionais se atribuem e atribuem a outrem - sejam membros da equipe ou pacientes.

AS ESTATUETAS INDUSTRIALIZADAS DA RAZÃO

No hospital psiquiátrico em que trabalhei a seguir, o trabalho de Terapia Ocupacional estava estagnado. Havia dois terapeutas ocupacionais formados há muito tempo e que não faziam praticamente nada. Incorporavam a postura típica do funcionarismo público. Era um Instituto de Psiquiatria de um Hospital Universitário. À época eram muito organicistas; seguiam completamente o modelo médico hegemônico. A Psicologia era só para auxílio diagnóstico; não fazia atendimento só aplicava testes. A Terapia Ocupacional, quando muito, servia para auxílio diagnóstico, o principal mesmo era fazer recreação.

Fomos admitidas, eu e mais uma terapeuta ocupacional, respectivamente para a ala feminina e a ala masculina de agudos. Começamos o trabalho com a proposta de levar para o hospital a discussão do que era Terapia Ocupacional, de que forma de tratamento pretendia ser. A estratégia escolhida foi a de grupo fechado para discutindo os casos atendidos levar o entendimento da Terapia Ocupacional. Solicitei e consegui pedir para ir à reunião do médico docente com os residentes. Ia à reunião e assistia como o diagnóstico era feito: o paciente entrava, sentava no meio de uma rodinha de seis médicos e eles perguntavam que dia era, pediam para decifrar um provérbio e coisas assim; o paciente nessa condição não conseguia fazer nada mas era diagnosticado mesmo assim. Depois de seis meses de participar dessa

reunião e de conseguir levar alguma discussão de caso, ocorreu um em que não se conseguia fazer nada. Eu e a psicóloga trabalhamos juntas com esta paciente e quando levamos sua evolução para reunião, ouvimos: "Vocês acreditam que Terapia Ocupacional também serve para fazer evolução, e não só para auxílio diagnóstico?!". Mesmo após seis meses, enfim a Terapia Ocupacional estava começando a acontecer.

Ficavam sempre nos cobrando a atividade de enfermagem. Resistíamos porque achávamos que corríamos o risco de massificar a atividade e de cair no velho processo de apenas ocupar. Foi quando entrou uma outra terapeuta ocupacional no serviço e começamos a rediscutir o trabalho e a perceber que "fazer o trabalho de enfermagem" podia ser uma forma de ir minando a estrutura do hospital.

Discutimos também como interferir na instituição por outra via sem ser a do grupo fechado mas a do grupo aberto. O trabalho era montado na participação do cliente na sua própria atividade, decidindo o que ia fazer. Passamos a organizar atividades no pátio. Os pacientes só podiam ir para o pátio com a Enfermagem que nunca estava disponível pelo volume de serviço. Acabavam por ficar no corredor do prédio. Conseguimos formalmente garantir em reunião que os pacientes fossem para o pátio em horário definido. Entretanto, tínhamos que ir com os auxiliares de Enfermagem. Não podíamos ir sozinhos. No início levamos tinta de farinha e maizena e enormes rolos de papel. O pessoal pisava na tinta, no papel; pintavam com a mão, colavam.

Na época do Natal fizemos uma reunião no pátio para decidir como organizar as atividades. A partir daí aconteceu muita coisa. Primeiro porque, constatar que se vai passar o Natal no hospital, é difícil. Os pacientes decidiram fazer cartões de Natal que iam dar como amigo secreto.

Decidiram também fazer uma árvore de Natal e um presépio. Entretanto, os atendentes de Enfermagem que ficavam o dia inteiro com os pacientes, competiam muito com eles. Não admitiam a loucura no hospital, porque era demais. Quando chegava a época da Páscoa, Dia das Mães ou dos Pais, a Enfermagem aparecia e enfeitava as paredes com cartazes pueris, bem pintados e desenhados por eles próprios ou pelos pacientes em melhor estado ou em fase de alta.

Nossa proposta invertia a situação na medida em que se levava todos os pacientes a participar. Pretendíamos desta forma nos defrontar com a prática da Enfermagem e naturalmente encontramos todos os tipos de resistência explícita ou implícita. Começamos a fazer os cartões de Natal e tivemos que utilizar o refeitório porque a sala de Terapia Ocupacional era pequena. Nova ameaça: o espaço da Enfermagem estava sendo usado por nós. E mais, para seu desespero todos os pacientes, os em crise e os fora de crise, ficavam entrando e saindo do refeitório. Este processo culminou numa competição triste mas ao mesmo tempo interessante. Ao montar a árvore de Natal um paciente amassava uma bola e pindurava na árvore e no dia seguinte, sem que esta fosse retirada, aparecia do outro lado uma outra bolinha - comprada. Um paciente desenhava um cartão e pendurava na árvore e logo aparecia outro bem desenhado ao lado. A cada atividade desestruturada dos pacientes aparecia outra estruturada feita pela Enfermagem. Até que por fim aconteceu a confecção do presépio. Na ala feminina, a das pacientes menos psicóticas, figuras humanas foram modeladas. Contudo, na ala das pacientes em fase aguda houve uma grande explosão de símbolos, as formas eram animais ou primitivas. Ficou lindíssimo, tinha mato, água, pedra, barro mas as imagens não tinham as formas estruturadas das imagens de presépio. No dia seguinte ao

chegar me recebe uma paciente desesperada: "Vem ver o que fizeram com o presépio!" Haviãam tirado a suposta imagem de Jesus, Maria e José e colocado três imagens de gesso compradas. A dor que as pacientes sentiram foi grande; todo episódio havia sido um processo de muita integração.

(Hospital Psiquiãtrico I - Entrevista - 1981)

A falta de interesse e de respeito para com a criação e a produção das pessoas sem as condições físicas, emocionais, intelectuais, sociais ou simplesmente etãrias exigidas pelo sistema produtivo é um dos fatores que merece ser demonstrado. Veja-se a realidade e o exemplo do Museu de Imagens do Inconsciente. Como nos relata Nise da Silveira.

"A vida do Museu de Imagens do Inconsciente tem sido difícil.

Suas instalações, até o momento presente, são extremamente precãrias, havendo por isso perigo de serem destruídos documentos científicos e artísticos verdadeiramente ímpares. Desde o início, as atividades do Museu não encontraram ressonãncia no nosso meio psiquiãtrico.

Havia indiferença, mas nunca oposiãção.

A partir de 1975, porãem, a hostilidade da direãção do Centro Psiquiãtrico Pedro II. (antigo Centro Psiquiãtrico Nacional) tornou-se evidente. Este histãrico não seria verdadeiro se pelo menos alguns fatos deixassem de ser mencionados.

O espaço ocupado pelo Museu parecia estar nos planos sempre crescentes de expansã das instalações burocrãticas do Centro Psiquiãtrico Pedro II. Não foi feito o desalojamento do museu a fim de ser esvaziado o espaço que ocupa.

Preferiu-se o mãtodo de extinãção lenta.

A verba destinada à STOR (Seãção de Terapãutica Ocupacional e Reabilitaãção), inclusive o Museu, era de seiscentos cruzeiros mensais. No ano de

1975, foi esta verba ainda recebida por dois meses. Depois cortada totalmente.

A grande porta de entrada que dava acesso ao Museu e a outros locais da STOR foi fechada com tijolos, isto é, engolidada pela parede. Ficou o museu isolado. Não só o museu e o atelier de pintura, mas também o gabinete do responsável pela STOR, secretaria e mais duas oficinas de trabalho. Restava uma única porta de comunicação com o exterior, até então sempre fechada por encontrar-se precisamente no atelier de pintura. Impôs-se a mudança do atelier, do amplo salão onde funcionara desde 1946, com suas janelas largamente abertas, para uma sala reduzida e descaracterizada. Esta mudança foi inevitável, pois todo o trânsito para o museu, como também para os locais da STOR acima citados, dispunha agora dessa única passagem. É uma intensa circulação de pessoas decerto perturbaria a tranquilidade indispensável ao trabalho criador que se realiza na expressão plástica.

Medidas sub-reptícias foram tomadas para reduzir ao mínimo a frequência de doentes aos setores ocupacionais estreitamente ligadas ao Museu: pintura, modelagem e oficinas de apoio.

A transferência para a Colonia Juliano Moreira de doentes em observação no atelier de pintura tornou-se uma ameaça constante. O diretor do Centro Psiquiátrico Pedro II, em documento datado de 16 de dezembro de 1974, assumiu o compromisso de que não seriam transferidos aqueles doentes cuja produção plástica estivesse sendo estudada. Apesar disso, um dentre esses doentes - Fernando Diniz - foi abruptamente transferido para a Colonia Juliano Moreira no dia 12 de agosto de 1977, sem que nenhuma comunicação houvesse sido feita ao setor de pesquisa do Museu.

Foi progressivamente esfacelada a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação (STOR) que

antes constituía uma unidade, obedecendo, em todos os seus setores, aos mesmos princípios teóricos" (50).

O constante esfacelamento dos trabalhos de Terapia Ocupacional têm contribuído para a fragmentação do processo de construção do seu saber. As dificuldades na conquista e construção do seu espaço assim como a extinção dos setores de Terapia Ocupacional seja lenta ou abrupta, seja por indiferença ou por franca oposição, refletem mais conteúdos simbólicos do que inicialmente se poderia supor. O Museu de Imagens do Inconsciente com suas dependências engolidas pela parede. Esculturas de barro primitivas substituídas pelas estatuetas industrializadas da razão. A loucura, não mais silenciada, incomoda.

... apesar do esforço de aniquilar sua presença e apagar sua voz, os registros do asilo denunciam a presença dos "loucos", resgatam ao menos em parte sua fala e sua experiência, evidenciam sua resistência surda e constante, permitindo o estabelecimento de relações para as quais os historiadores estiveram muito desatentos (51).

As práticas asilares demonstram que não só os historiadores estiveram desatentos. Nem mesmo aqueles, entre os quais se incluem os terapeutas ocupacionais, que tiveram e têm condições de "recuperar a dimensão de contraposição ao poder absoluto da razão médica" (52) manifestado explícita ou implicitamente no processo/produto criativo de seus pacientes, assumiram esta opção. Os que a fizeram, vide Nise da Silveira, com certeza não colheram reconhecimento mas sim discriminação.

Poder-se-ia especular se o que não se perdoa à Terapia Ocupacional é o fato dela possibilitar a re-organi-

(50) SILVEIRA, Nise. Museu de Imagens do Inconsciente, p. 26-27.

(51) CUNHA, M^a Clementina P. O Espelho do Mundo, p. 16.

(52) Idem, p. 16.

zação interna e coletiva, a expressão e a participação social dos excluídos pela ordem institucionalizada. Qualquer produto da criação humana que se desvie ou se contraponha à norma e à estética dominante tem por destino sua própria marginalização. Isso se dá principalmente se manifestar conteúdos inconscientes, políticos e sociais, ameaçando a produção disciplinada/disciplinadora, cristalizada/estagnadora de nossa sociedade. Acredito que a marginalização da Terapia Ocupacional se deve em parte ao fato dela trabalhar com aqueles não reconhecidos como integrantes eficazes do sistema produtivo. Acrescenta-se o fato dela aceitar suas "limitadas" capacidades de criação e produção. As realizações dos pacientes em Terapia Ocupacional - artísticas, culinárias, artesanais, lúdicas, etc - podem estar inscritas em posturas de resistência, conformismo ou inconformismo. Entretanto, poucos estudos têm sido realizados neste sentido.

Linebaugh (53) assinala como uma das omissões temáticas de Foucault a "ausência de qualquer atividade de contraposição daqueles que estão sujeitos ao ataque carcerário". O mesmo refere com relação às obras de Georg Rüsche e Otto Kirchheimer que não achavam que "a cultura popular, a atividade própria da população pobre e trabalhadora, ou as lutas coletivas do proletariado europeu formam um elemento importante na descrição da história das punições" (54).

Um processo terapêutico que admite o **outro** e suas atividades de contraposição, demonstra que tem condições de auxiliar a (re)construção da história pessoal e coletiva desse sujeito (que verbal ou não verbalmente solicite ajuda). No caso específico da Terapia Ocupacional essa (re)construção se dá a nível lúdico, criativo e produtivo. Além disso, é importante que se lembre que através da enorme coletânea de registros de atendimento, de relatórios e de atividades, a Terapia Ocupacional possibilita que se faça a leitura de seus significados e se reconstitua o discurso teórico e cotidiano das instituições e de seus internos.

(53) LINEBAUGH, Peter. Crime e Industrialização: a Grã-Bretanha do século XVIII, p. 104.

(54) Idem, p. 104.

"O MALUQUINHO TÁ BATENDO NA DOTORA"

Neste hospital psiquiátrico em que fui trabalhar, não sei bem porque eles resolveram contratar uma equipe. Parece que ia haver uma auditoria e o INAMPS ia cortar o convênio com aqueles em que não houvesse equipe. Um dos médicos contratados telefonou para a Associação de Terapeutas Ocupacionais e pediu um profissional. Era meu primeiro emprego e nem tinha tido o trabalho de procurá-lo. Fui contratada logo após me formar, no dia 02 de janeiro.

Tomei uma surra de um paciente logo no primeiro dia de trabalho: estava conhecendo as enfermarias e vi num refeitório um paciente pedindo pão. Ele falava com outras pessoas e não comigo. Responderam-lhe que não tinha. Ele desceu e eu estava de costas; ele me deu o primeiro soco. Não compreendi o ritmo em que iria me bater e não fugi à tempo. Levei o segundo soco e muitos mais. Os outros pacientes vieram me socorrer: "Olha o maluquinho; tá batendo na dotora!"

A arquitetura do hospital era assim: havia a parte de trás que era dos pacientes e a da frente onde ficava a Administração e os Setores Técnicos (os consultórios médicos, as salas da Psicologia, do Serviço Social, da Terapia Ocupacional e da Enfermagem). Estas duas partes eram separadas por um muro de uns seis metros de altura e dois portões (um grande para ambulância e um pequeno mas com grande molho de chaves para pessoas).

Quando cheguei, soube que se ia atrás e traziam-se os pacientes que estavam bem para serem atendidos na frente. Eu nunca tinha vivido esta experiência. Quando entrei lá, pensei: "Como vou escolher os pacientes? Se todos precisam, como dizer aquele vai ser atendido e o outro não? Decidi então, que eu é que iria para trás. Fui informada que havia uma sala que nunca era

usada. Fui com alguns pacientes lá na frente, na sala de Terapia Ocupacional, peguei as mesas e o material que havia e, levamos para trás. Entreguei depois a chave da sala para o encarregado do almoxarifado. Todos me acharam maluca; largar uma sala grande com mesa de argila e tudo. Mas eu não poderia estar numa sala que era fora do hospital. Passei a usar aquela salinha que antes era um lugar de guardar coisas, de onde eu e os pacientes tiramos tudo, e onde colamos umas folhas de revista para decorar. Como era muito quente, todo dia pegávamos as mesas, colocávamos no pátio. Sobre elas uma série de materiais e fazíamos as atividades lá fora. Tinha uma auxiliar de Terapia Ocupacional excelente. Sempre ao chegarmos, os pacientes iam nos receber e subíamos juntos. Depois das mesas arrumadas, eles sentavam e ficavam fazendo atividades: um chegava e pegava uma revista; outro fazia um desenho. Havia também jogos. Quando mais tarde, consegui uma verba para material, gastei a maior parte com jogos. Comprei dominó e quebra-cabeça. Cartas não; era proibido. "Não queremos jogatina no hospital", dizia a Administração. Os pacientes gostaram do quebra-cabeça; achavam que desenvolvia a mente. Comprei bola de futebol também. Tinha futebol toda 5ª feira.

Foi por aí que caminhou a Terapia Ocupacional lá no hospital. Era absolutamente informal e tinha por objetivo as pessoas se encontrarem. Fiz também a assinatura de um jornal. Eles não tinham televisão, e não tinham qualquer contato com o que acontecia lá fora. Fizemos uma reunião para votar qual o jornal, e ganhou o jornal dos esportes. Ao final do dia, depois de usado, o jornal, que era rosa, era colocado numa caixa e passava a ser usado como papel para colagem. Em nome dele discutíamos o que acontecia fora do hospital: de campeonatos à notícias policiais. Meu projeto inicial era criar grupos pequenos

para atendimento, mas só fiquei no hospital nove meses. Mais tarde fizemos uma horta. Dessa horta fiz uma associação com a nutricionista do hospital e passamos a produzir a salada e o tempero do hospital.

Eu era a única pessoa de formação superior que ficava com os clientes. Conhecia todos pelo nome. O psicólogo, que também era coronel, só aplicava testes para diagnóstico diferencial. Os médicos faziam medicação. Mais tarde foi contratada uma assistente social que também transferiu a sala dela lá para dentro - apesar de toda a pressão que o hospital fazia contra. Não aceitavam o fato da família entrar dentro da internação para falar com ela. Fazíamos juntas um grupo de família. Como tinha contato diário com os pacientes, fazia o papel de observadora do grupo.

Criamos um sistema em que o paciente voltava para casa com um esquema mais ou menos montado de atividades. Voltava ao hospital uma vez por semana, para ser atendido em um grupo aberto formado pelos que tivessem tido alta. Achávamos que o desligamento abrupto tirava o paciente da situação protegida da internação, onde ele não sabia o que estava acontecendo na rua, para uma situação em que ele vai embora e não tem apoio algum. Desta forma passava a tarde no hospital e podia contar para os outros como estava sendo sua vida lá fora, como estava sendo arrumar emprego, etc.

Por média atendíamos diariamente de 100 a 116 pacientes. Fazíamos um gráfico de participação destes nas atividades. Considerávamos participação de uma forma ampla desde o paciente que fazia um desenho ou outra atividade até aquele que sentava perto e ficava lendo jornal ou conversando. Isto considerávamos estar integrado. Tínhamos estagiários que atendiam os pacientes das enfermarias que não conseguiam vir até nós.

Tudo durou nove meses, até que o médico que nos levou para lá foi demitido. O cirurgião, dono do hospital, disse que não era possível ter lucro num hospital que fazia dieta alimentar individual, como por exemplo para os pacientes alcoólatras devido seus problemas hepáticos ou para os pacientes anêmicos. Em solidariedade, nos demitimos.

(Hospital Psiquiátrico II - Entrevista - 1977)

Outra das ameaças implícitas do processo terapêutico é o deste vir a querer negar ou a "minar" o sistema institucional - o que é uma decorrência natural de qualquer postura terapêutica mais crítica.

Os efeitos da segregação institucional sobre o indivíduo internado foram minuciosamente descritos por Goffman em *Manicômios, Prisões e Conventos*. Segundo ele, a cisão entre o mundo da equipe dirigente e o mundo do internado dá ao primeiro "uma base específica de distância e controle com relação aos internados.

Presumivelmente, todas estas restrições de contato ajudam a conservar os estereótipos antagônicos. Desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpene-tração" (55).

O profissional que rompe com este modelo arrisca-se a receber segregação semelhante. Por vezes percebe-se solitário na busca de alternativas terapêuticas mais críticas e por outras consegue aliar-se aos movimentos antimanicomiais mais amplos.

As iniciativas de contraposição ao regime institucional fechado tornaram-se mais intensas no Brasil na década de 70 (principalmente na 2ª metade). Visualiza-se

(55) GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos, p. 20.

então o surgimento de uma série de correntes de pensamento e de propostas terapêuticas que buscam humanizar e/ou revolucionar as instituições, principalmente as psiquiátricas.

Aparecem Foucault, Castel, Guattari e Basaglia; a antipsiquiatria de Laing e Cooper e a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones; a Psicologia Social Argentina, a Terapia Institucional e o Psicodrama. Cada qual aparece com seu princípio filosófico e com uma proposta metodológica determinada. A atenção à Saúde Mental vive, a essa época, um momento de efervescência. Esse movimento foi compreendido pelos terapeutas ocupacionais de diferentes formas conforme o local e a experiência vivenciada.

Este processo, sem dúvida, trouxe avanços para a Terapia Ocupacional na medida em que levou a repensar os modelos organicista e reabilitador hegemônicos e a buscar outros que a possibilitassem acompanhar a evolução da época. Entretanto, na medida em que os terapeutas ocupacionais não conseguem confrontar seus diversos modelos em um debate nacional, acabam por vivê-los de forma individual e isolada mas, novamente como sendo sua a única concepção verdadeira ou válida de Terapia Ocupacional.

Léa Beatriz Soares mostrando a evolução da Terapia Ocupacional afirma:

"Da concepção laborterápica à Terapia Ocupacional da área mental o avanço teórico se deu no que tange ao trabalho ocupacional na fase aguda da doença mental, às relações afetivas e sociais além do uso de atividades plásticas e expressivas"(56).

Constitue-se o modelo psicanalítico em Terapia Ocupacional, sendo desenvolvido nos Estados Unidos da América

(56) SOARES, Léa Beatriz. Terapia Ocupacional: Lógica do Capital ou do Trabalho? p. 191.

do Norte (EUA) pelos Fidler e pelos Azima nas décadas 50 e 60. No Brasil, sua difusão ocorre na 2ª metade da década de 70 (57). É interessante notar que nessa década (1970), os terapeutas ocupacionais utilizam o modelo psicodinâmico da ação, referido acima, concomitantemente com os modelos emergentes em Saúde Mental no país e com os clássicos modelos organicistas que subsistem embora deixem de ser hegemônicos.

No modelo psicodinâmico "as relações interpessoais em geral e a relação terapeuta-paciente em particular, são vistos como cerne do tratamento"(58). Por outro lado, do "ponto de vista da corrente organicista (linha predominante nos anos 60) a ocupação de doentes objetivava a redução dos sintomas clínicos; assim na Terapia Ocupacional, os pacientes agressivos deviam trabalhar com argila para descarregar os impulsos agressivos, os pacientes desagregados deviam fazer tecelagem para organizar o pensamento e os pacientes depressivos deviam fazer atividades recreativas para facilitar a sociabilização. Para cada tipo de sintoma correspondia um determinado tipo de atividade"(59).

É importante frisar que nessa época (anos 70) existia uma atividade de contraposição entre os dois modelos acima citados mas não com uma clareza conceitual, filosófica e metodológica. Essa compreensão mais sistematizada é característica dos anos 80 quando alguns fatores, dentre outros, associam-se: passa a existir um contingente maior de terapeutas ocupacionais determinando mudanças no mercado de trabalho profissional; busca-se mais freqüentemente a educação continuada; e, aumenta o número de escolas de Terapia Ocupacional incorporadas ao cotidiano universitário da pesquisa e do debate.

(57) Baseado em SOARES, Léa Beatriz. Lógica do Capital ou do Trabalho? p. 192

(58) Idem, p. 192.

(59) Idem, p. 177.

Entretanto, a evolução das práticas terapêuticas ocupacionais não tem sido proporcional ao ganho significativo que teoricamente tem sido conquistado por determinados setores da profissão. Não pretendo com isso incorrer em uma das desagradáveis dicotomias entre o trabalho intelectual e o trabalho manual. Pretendo, ao contrário, ressaltar que o conservadorismo institucional no Brasil, o descaso com as Políticas Sanitária, Educacional e de Desenvolvimento Social, têm levado à estagnação o trabalho de inúmeros profissionais. Esses, para sobreviver ao massacre pessoal e profissional dos serviços públicos e beneficentes, têm procurado buscar alternativas no setor privado, no campo universitário ou em iniciativas particulares. Nesse último exemplo inscreve-se a obra de Nise da Silveira.

A "EMOÇÃO DE LIDAR" EM UM "PEQUENO TERRITÓRIO LIVRE"

A Casa das Palmeiras, "é um pequeno território livre", onde não há pressões geradoras de angústia, nem exigências superiores às possibilidades de resposta de seus frequentadores.

Nunca procurou a coleira de convênios. Optou pela pobreza e a liberdade.

As relações interpessoais formam-se de maneira espontânea entre uns e outros. Distinguir médicos, psicólogos, monitores, estagiários, clientes, torna-se tarefa ingrata. A autoridade da equipe técnica estabelece-se de maneira natural, pela atitude serena de compreensão face à problemática do cliente, pela evidência do desejo de ajudá-lo e por um profundo respeito à pessoa de cada indivíduo.

Portas e janelas estão sempre abertas na Casa das Palmeiras. Os médicos não usam jaleco branco, não há enfermeiras e os demais membros da equipe técnica não portam uniformes ou crachás. Todos participam ao lado dos clientes, das atividades ocupacionais, apenas orientando-os quando necessário. E também todos fazem em conjunto o lanche,

que é servido no meio da tarde, sem discriminação de lugares especiais.

É utilizado, quando necessário, e isso é raro, o uso de psicotrópicos em doses reduzidas e individualizadas.

Essas normas inusuais existem desde a fundação da Casa, em 1956. Não contribuíram para fomentar desordem. Pelo contrário, seus efeitos criaram um favorável ambiente terapêutico para pessoas que já sofreram humilhantes discriminações em instituições psiquiátricas e até mesmo no âmbito de suas famílias; isso sem citar, por demais óbvias, as dificuldades que se erguem no meio social para recebê-los de volta.

A Casa das Palmeiras, comporta a freqüência de 30-35 clientes funcionando em regime de externato nos dias úteis, das 13 às 17:30h. Assim o cliente não se desliga de sua família e do meio social com seus inevitáveis problemas que aprende aos poucos a superar, graças aos enriquecimentos adquiridos através das atividades praticadas na Casa e dos laços de convivência amiga que aí se formam (...).

Há várias linhas de pensamento que, apesar de descaso reinante, insistem em procurar fundamentação teórica para interpretar o método ocupacional. E várias denominações para designá-los - laborterapia, praxiterapia, método hiperativo, método reeducativo, ergoterapia e, finalmente, terapêutica ocupacional, termo preferido por ingleses e americanos. A expressão *terapêutica ocupacional* generalizou-se, embora seja pesada como um paralelepípedo. Preferimos dizer *emoção de lidar*, palavras usadas por um dos clientes da Casa das Palmeiras, pois sugerem logo a emoção provocada pela manipulação dos materiais de trabalho, uma das condições essenciais para a eficácia do tratamento.

(Nise da Silveira - Casa das Palmeiras - A emoção de lidar. Uma experiência em Psiquiatria, p. 11-13).

A Terapia Ocupacional surgiu como profissão nos EUA no início do século XX. Em 1915, Eleanor Clark Slagle funda a primeira escola de Terapia Ocupacional em Chicago.

No Brasil, a formação dos terapeutas ocupacionais começou ao final da década de 40 com cursos de treinamento em serviço no Rio de Janeiro (ministrados por Nise da Silveira) e em São Paulo (no SESI). Os primeiros cursos de graduação em nível superior surgiram nessas mesmas cidades respectivamente em 1956 e em 1957. Seguiam o modelo curricular norte-americano já que foram inicialmente ministrados por terapeutas ocupacionais formados nos EUA com bolsas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Era a repercussão da política internacional de desenvolvimento de programas de consultoria em Reabilitação para a América Latina. O Brasil, e em especial a cidade de São Paulo, foi escolhido para sediar um Centro Latino-Americano de Reabilitação. A Organização das Nações Unidas (ONU) - enquanto coordenadora - a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Fundo de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF) eram os responsáveis pelo programa (60).

No Brasil o uso do trabalho enquanto recurso terapêutico se profissionaliza - pula da ocupação terapêutica (incorporada à concepção organicista) à Terapia Ocupacional de base funcionalista desenvolvida nos EUA. Surge enquanto um dos componentes da atenção terciária em Saúde - a reabilitação. Os dois primeiros níveis - o preventivo e o curativo - ainda continuarão, por mais um tempo, sobre o domínio privativo do médico.

A terapêutica ocupacional junguiana de Nise da Silveira continuará paralelamente seu caminho começado em 1946. Permanecerá marginalizada no meio psiquiátrico tradi-

(60) Baseado em SOARES, Léa Beatriz. Lógica do Capital ou do Trabalho? p. 155-158.

cional por sua abordagem anti-medicamentosa e no meio psicanalítico ortodoxo por sua abordagem junguiana (61).

"No meio terapêutico ocupacional o trabalho desenvolvido pela Dra. Nise da Silveira e sua equipe foi marginalizado por alguns e desconhecido pela maioria dos profissionais até a década de 80. Este fato pela orientação organicista na medicina, pela lógica da privatização na política de saúde e pelo corporativismo dos terapeutas ocupacionais que se viu ameaçado pelo volume de pessoas formadas e trabalhando sob outra concepção teórica"(62).

SOBRE CONES E LIXADEIRAS

PLANO DE TRATAMENTO

Objetivos Terapêuticos:

1. *Desenvolver equilíbrio de tronco;*
2. *Fortalecer musculatura dos MsSs (membros superiores);*
3. *Promover independência nas AVDs (atividades da vida diária);*
4. *Apoio emocional.*

Atividades Terapêuticas:

1. *Cone - 20 cones - 15 vezes. Transpor da haste, em frente e na altura da mesa, para as hastes laterais, fazendo rotação de tronco; corpo ligeiramente afastado da cadeira. Atende ao objetivo 1.*

(61) Baseado em SOARES, Léa Beatriz. Lógica do Capital ou do Trabalho? p. 125.

(62) Idem, p. 125.

2. *Macramê* - Realização de um painel de macramê. Corpo afastado da cadeira. Deve manter os MsSs elevados o máximo de tempo possível. Aumentar gradualmente o tempo. Atende aos objetivos 1 e 2.
3. *Lixadeira* - 10 vezes; iniciar com 0,5kg de peso. Atende aos objetivos 1 e 2.
4. *AVDs* - iniciar: mudança de decúbito; mudança cadeira \neq cama. Atende ao objetivo 3.

Foi aproximadamente assim meu primeiro plano de tratamento. Não importava tanto saber se este plano era para o José ou para o João. Serviria para qualquer paraplégico em fase inicial de tratamento no setor. As mudanças se dariam apenas na aplicação das atividades. Seriam em nível crescente de repetição e de dificuldade.

O apoio emocional se traduzia na minha capacidade, enquanto terapeuta, de conversar com o paciente, de ouvir suas confidências e até orientá-lo.

Não existia, por parte do Serviço de T.O. nem da instituição, qualquer programa onde a sexualidade do deficiente físico fosse discutida, esclarecida e trabalhada. Alguns fisioterapeutas ensinavam técnicas de estimulação da ereção. Alguns exercícios e só - como se amar fosse uma simples conexão de estímulos nervosos.

A maioria dos paraplégicos da instituição eram jovens entre 17 e 30 anos. Suas lesões eram decorrentes de acidentes de trânsito. Chegavam provenientes de diversos Estados. Muitos ainda com a ilusão da cura total. Suportavam suas desilusões e aprendiam a enfrentar o futuro junto aos seus próprios amigos de infortúnio. Alguns ironizavam que a mais importante parte do corpo era agora a mão (em alusão à substituição do pênis pelo dedo).

As mulheres que chegavam no mesmo estado preocupavam-se com a possibilidade de terem filhos.

A sexualidade não era problema, pois afinal, eram o elemento passivo do relacionamento sexual. Seus maridos (sob a ótica da Medicina local) não seriam prejudicados.

Os pacientes sobreviviam, além de tudo, às inoportunas investidas do diretor clínico, médico famoso e influente na reabilitação e na formação profissional de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais. Insistia ele com um paciente paraplégico: "Mexe os dedos, vamos". O paciente respondeu: "Doutor, eu também sou médico. Nós dois sabemos que não posso. Minha secção medular é total". A resposta foi incisiva: "Continua tentando, continua tentando".

Com relação às atividades desenvolvidas na Terapia Ocupacional, a variação era pequena. Alguns exercícios físicos eram realizados além do cone (espulas de linha usadas) e da lixadeira (uma caixa sem tampa, com dois suportes laterais para as mãos, um espaço interno para colocação dos pesos e com uma lixa grossa afixada sob sua base). Lixavam um suporte inclinado de madeira, sem projeto nem finalidade, a não ser a do próprio exercício. Os fisioterapeutas cuidavam dos membros inferiores e os terapeutas ocupacionais dos membros superiores. Era o corpo dividido pela divisão do saber.

(Centro de Reabilitação - Anotações - 1978)

A Terapia Ocupacional surge após a Revolução Industrial. Conseqüentemente, surge com uma concepção de Homem e de Trabalho própria do modo capitalista de produção.

Quanto mais e melhor o homem produz, melhor adaptado é à sociedade. Quanto mais for compartimentalizado o trabalho, maior o aumento da destreza do trabalhador e menor o tempo dispendido.

Sob estes pressupostos se constituiu a Terapia Ocupacional. Fundamentada pela divisão pormenorizada do

trabalho, fragmenta-o em atividades. O trabalho, que no tempo da ocupação terapêutica, tinha uma conotação moral, aparece como um conjunto de atividades previamente analisadas. Como no exemplo, da marcenaria retira-se a atividade de lixar. Esta, por sua vez, será reanalisada e novamente subdividida em etapas.

Surge o conceito de "atividade humana" se contrapondo ao de trabalho, que se universalizará em toda a Terapia Ocupacional. Conceito esse que será revisto, criticado, transformado mas nunca abolido.

A divisão social do trabalho no Setor Saúde, delegando ao nível terciário a recuperação dos incapacitados cobra em contrapartida um compromisso de cientificidade. Para ser bem aceita, a Terapia Ocupacional deve, portanto, provar suas bases científicas. Nada se aplica melhor do que a perspectiva positivista.

Comte, quando explica a transformação do espírito humano, assinala como terceira e última fase do progresso humano a fase positiva ou científica. Segundo Chauí, nessa fase "os homens observam efetivamente a realidade, analisam os fatos, encontram as leis gerais e necessárias dos fenômenos naturais e humanos e elaboram uma ciência da sociedade, a física social ou a sociologia, que serve de fundamento positivo ou científico para a ação individual (moral) e para ação coletiva (política)" (63).

Desta forma, a Terapia Ocupacional, na busca de sua cientificidade observa o trabalho humano, analisa-o em seus movimentos (cinesiologicamente), em sua ideação (psicologicamente) e em sua potencialidade de adaptação social (sociologicamente). Por este método estabelece leis gerais para a aplicação, não mais do trabalho, mais da atividade analisada e selecionada, utilizando-a enquanto exercício.

(63) CHAUI, Marilena. O que é Ideologia, p. 26.

Objetiva uma ação sobre o indivíduo e, sob a capa da neutralidade científica, uma ação política e social.

O trabalho é dividido enquanto criação e produção. Para dar conta dos aspectos subjetivos da criação atribui-se a Terapia Ocupacional uma função artística. É o tempo da "arte e da ciência" como nos mostra a definição da Associação Americana de Terapia Ocupacional em 1968:

"A Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de dirigir a resposta do homem à atividade selecionada para favorecer e manter a saúde, para prevenir a incapacidade, para avaliar a conduta e para tratar ou adestrar pacientes com disfunções físicas ou psicosociais"⁽⁶⁴⁾.

O conceito de atividade possibilita à Terapia Ocupacional acesso à toda manifestação humana. Coloca sob seu domínio: o cotidiano (nas necessidades de auto-cuidado e auto-manutenção), a capacidade de criação e produção, o lazer, a brincadeira infantil, a necessidade de instrumentos para a adaptação incapacitado-sociedade (próteses e órteses).

Entretanto, este Homem, concebido por este modelo de Terapia Ocupacional (hegemônico em sua criação e largamente empregado até os dias de hoje), é um Homem esquartejado como vimos na ilustração anterior. Realiza exercícios para aprimoramento de suas funções específicas (como por exemplo, o desenvolvimento do equilíbrio de tronco). Na busca de sua melhora, anima-se ao desafiar sua própria capacidade quando lixa contra a gravidade (devido ao plano inclinado da lixadeira) e com resistência (devido aos pesos dentro da caixa). Entretanto, ao mesmo tempo, alienado, é traído pela lógica do Capital que só o aproveitará na economia de mercado se mostrar boa capacidade.

(64) WILLARD & SPACKMAN. Terapêutica Ocupacional, p. 1.

Uma lesão medular um pouco mais séria, uma situação emocional mais fragilizada e/ou uma pobreza de recursos sociais e econômicos lhe levará à invalidez permanente. Engrossará o enorme contingente de subempregados e terá que se valer da caridade, vendendo balas em cadeira de rodas, para poder sobreviver.

NEM TINTA, NEM BARRO, NEM PAPEL...

Não era propriamente uma clínica de tratamento de crianças deficientes. Era uma instituição religiosa que, dentre outras benemerências, mantinha este serviço. Tinha poucas e pequenas salas equipadas com simplicidade, mas com o material necessário para os atendimentos de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os casos atendidos não eram considerados graves. A criança já deveria andar, ter controle urinário e intestinal. Mais tarde, após uma observação mais crítica perceberia que o processo de triagem de clientes se identificava com o de uma série de trabalhos na mesma área. Os pacientes de melhor prognóstico eram mais elegíveis para tratamento do que aqueles em situação mais desfavorável. Acredita-se, desta forma, que dar oportunidade ao paciente bom é preferível do que desperdiçar tempo e material com um paciente pior. Naturalmente que esta perspectiva não era colocada de forma tão crua. O humanismo assistencialista cuida sempre de elaborar um discurso ameno e convincente que acabe por mascarar a discriminação.

O Setor de T.O. se caracterizava pela rigidez de sua estrutura. Tinha 3 mesas individuais pequenas com alturas diferentes, tinha também dois armários de madeira fechados. As paredes eram lisas sem qualquer decoração. Um princípio fundamentava este cenário: estímulos externos

devem ser evitados para não atrapalhar o tratamento. Os recursos terapêuticos consistiam apenas em jogos pedagógicos. Nenhuma atividade desestruturada havia: nem desenho, pintura ou modelagem.

As crianças entravam e sentavam na mesa. Esperavam que o armário fosse aberto. As atividades eram prescritas e organizadas por temas e por tempo. Trabalhava-se o desenvolvimento das crianças distribuindo as diferentes percepções pelos dias da semana. Isto é, havia a semana da cor, a semana da forma, a da espessura, a do relevo, a da orientação temporal, a espacial, retornando-se por fim à primeira. A compartimentalização continuava quando as semanas da cor eram subdivididas em semana do vermelho, do amarelo, do azul, do verde, etc. que não podiam ser modificadas de ordem. O mesmo acontecia com as demais áreas perceptivas. A ordem era atribuída pela gradação da atividade: a cor vermelha é percebida primeiro (conforme comprovações científicas, é claro...), a amarela em segundo e etc.

As crianças tinham poucas oportunidades de expressão - verbal, plástica, lúdica... A sessão era de trinta minutos de exercício perceptivo: nem tinta, nem barro, nem lápis. Silêncio. Sem a balbúrdia da brincadeira infantil.

(Clínica de Crianças Deficientes - Anotações - 1978)

Na atenção a crianças e adolescentes com deficiência mental e sensorial, a Terapia Ocupacional e a Educação caminham juntas sendo a prática em que se encontram mais próximas.

O terapeuta ocupacional entra no espaço escolar que, a exemplo de outras instituições como hospitais, orfanatos, manicômios e asilos, desenvolve uma prática disciplinar.

O espaço individualizado (celular, no dizer de Foucault), descrito no texto, reproduz o quadriculamento existente na escola (65).

"Cada indivíduo em seu lugar e em cada lugar um indivíduo. Evitar as distribuições por grupo; decompor as implantações coletivas, analisar as pluralidades confusas, maciças ou fugidias" (66).

O espaço é analisado e organizado em favor da ordem e da disciplina. Essa "fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos "dóceis" (67). Aumenta desta forma a obediência e a utilidade (68).

"CORPOS DÓCEIS"

Opinião da professora de uma escola de excepcionais sobre o trabalho da terapeuta ocupacional. Dizia a professora:

- Você age errado. Você dá muita liberdade para as crianças. Veja o João. Ele mantém a atenção por apenas dois minutos em cada atividade. Então coloco-o na primeira fileira, ao lado da minha mesa. Tenho comigo uma pilha de jogos pedagógicos. Assim sempre que começa a se dispersar dou-lhe um outro jogo da pilha. Desta forma, João não para de trabalhar e não faz bobagens como ficar ligando e desligando a luz.

(65) FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir, p. 131.

(66) Idem, p. 131.

(67) Idem, p. 127.

(68) "A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma "aptidão", uma "capacidade" que ela procura aumentar e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita". Idem, p. 127.

No atendimento de T.O., você pergunta o que eles querem fazer. Eles voltam para a sala indisciplinados querendo que eu faça o mesmo. Lá fora a vida não é assim. Eles têm de obedecer às regras da sociedade.

(Escola de Excepcionais - Anotações - 1980)

Regras sociais em que professores são professores, alunos meros alunos; o mesmo se reproduzindo para terapeutas e pacientes. O poder dos primeiros sobre os segundos manifesta-se no controle do corpo, do tempo e do espaço. Medir a atenção em minutos. Não deixar parar de trabalhar, utilizando o tempo ao máximo. Não deixar falar ou dispersar. Arrumar a sala para facilitar a observação (69). Tudo através do controle do detalhe (70).

Como descreve Foucault:

"Não se trata de cuidar do corpo, em massa, **grosso modo**, como se fosse uma unidade indissociável mas de trabalhá-lo detalhadamente, de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica - movimentos, gestos atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo. O objeto, em seguida, do controle: não, ou não mais, os elementos significativos do comportamento ou a linguagem do corpo, mas a economia, a eficácia dos movimentos, sua organização interna; a coação se faz mais sobre as forças que sobre os sinais; a única cerimônia que realmente importa é a do exercício. A modalidade enfim: implica numa coerção ininterrupta, constante, que vela sobre os processos da atividade mais que sobre seu resultado e se

(69) Ver GUILMARÃES, Áurea M. Vigilância, Punição e Depredação Escolar.

(70) "A disciplina é a anatomia política do detalhe". FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir, p. 128.

exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos. Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as "disciplinas" (71).

Comparando os métodos pelos quais as professora e a terapeuta ocupacional (em "Nem tinta, nem barro, nem papel...") aplicam suas atividades pedagógicas/terapêuticas, constata-se que estes se assemelham. Além da prática disciplinadora, utilizam-se do mesmo princípio de controle da atividade.

Foucault escrevendo sobre o controle da atividade em Vigiar e Punir assinala com relação ao horário:

"É uma velha herança. As comunidades monásticas haviam sem dúvida sugerido seu modelo estrito. Ele se difundiria rapidamente. Seus três grandes processos - estabelecer as cesuras, obrigar a ocupações determinadas, regulamentar os ciclos de repetição - muito cedo foram encontrados nos colégios, nas oficinas e nos hospitais"(72).

Continua, adiante:

"Mas procura-se também garantir a qualidade do tempo empregado: controle ininterrupto, pressão dos fiscais, anulação de tudo o que possa perturbar e distrair; trata-se de constituir um tempo integralmente útil (...)"(73).

(71) FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir, p. 126.

(72) Idem, p. 136.

(73) Idem, p. 137.

Para os terapeutas ocupacionais o referido princípio tem nome próprio: Análise de Atividades.

Para Berenice Rosa Francisco este princípio parte da compreensão da atividade enquanto exercício. Define análise de atividade como:

"Procedimento que tem como objetivo possibilitar o conhecimento da atividade em seus pormenores, observando-se assim as suas propriedades específicas, a análise parte do pressuposto de ter a atividade uma única estratégia para a sua realização, e esta é que lhe possibilita as propriedades"(74).

Este procedimento é um recurso que pretende garantir a cientificidade da Terapia Ocupacional, dando consistência a expressão tão usada conceitual e cotidianamente - "atividade previamente analisada". Trata-se do estudo da atividade humana segundo suas características específicas. A saber: análise do material e equipamento utilizados, análise dos procedimentos de execução (tempo requerido, descrição das etapas), análise das funções físicas, mentais e sociais exercidas em cada etapa (75).

É o procedimento mais evidente da introdução da divisão pormenorizada do trabalho difundida pelo modo capitalista de produção em uma prática terapêutica do Setor Saúde. Não é apenas o método igual, mas o próprio objeto: o trabalho humano.

A análise de atividade possibilita pela compreensão etapa de atividade - função requerida trabalhar o sintoma.

(74) FRANCISCO, Berenice Rosa. Terapia Ocupacional, p. 38.

(75) Ver exemplo de fichas de análise de atividade. Idem, p. 93-100.

Tapeçaria desenvolve coordenação motora; quebra-cabeça - organização do pensamento, função totalizadora; festas - socialização. Desta forma, reproduzindo o modelo médico de tratamento, pretende garantir seu reconhecimento enquanto ação de Saúde.

Entretanto, pode-se também compreender este procedimento de análise de atividade enquanto uma prática disciplinar.

"A disciplina organiza um espaço analítico" (76).

Foucault, ao referir-se a ordenação de um exercício de infantaria no séc.XVIII, diz:

"Define-se uma espécie de esquema anátomo-cronológico do comportamento. O ato é decomposto em seus elementos; é definida a posição do corpo, dos membros, das articulações; para cada movimento é determinada uma direção, uma amplitude, uma duração; é prescrita sua ordem de sucessão. O tempo penetra o corpo e com ele todos os controles minuciosos do poder" (77).

Pode-se ainda usar a mesma referência para algumas práticas de Terapia Ocupacional nos anos 80 do século XX.

"MEU DESTINO TÁ TRAÇADO"

Entrevista inicial entre terapeuta ocupacional e um adolescente.

"Miguel tinha 14 anos embora a secura da pele e sua face rude aparentassem mais.

(76) FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir, p. 131.

(77) Idem, p. 138.

Podia ficar em liberdade desde que comparecesse ao Juizado de Menores uma vez por semana.

Não estudava nem trabalhava. Quando perguntado sobre o que gostava e sabia fazer, não tinha o que responder.

*- "Sabe, não sei fazer nada. Larguei a escola cedo. Um dia joguei uma carteira na professora! Por quê? Ela quebrou uma régua na minha cabeça. Então joguei a mesa nela. Me expulsaram da escola. Nunca "bati bem da bola". Acho que comi muita farofa de macumba, algum espírito encostou em mim. Faço as coisas e nem sei porquê".
Havia matado um rapaz numa briga. Tinha pesadelos toda noite. O morto vinha persegui-lo. Diz, que na hora da briga, estava meio fora de si. Havia tomado um coquetel: café, coca-cola, sonrisal, melhoral e Optalidon que comprou no bar. O rapaz o provocou para a briga e ameaçou esfaquiá-lo. Os dois lutaram e caíram. Quando viu sangue em sua própria roupa, achou que "tinha morrido" e ficou deitado esperando. Quando viu que o sangue era do outro, levantou e saiu correndo.*

*Durante a entrevista, ensaiava uma pergunta mas não a fazia com medo que eu não a respondesse.
"- Se eu não puder ou não quiser responder eu te digo. Mas você só vai saber se perguntar", falei.*

- "A senhora já foi presa?"

- "Não".

- "Não? Mas, alguém da sua família com certeza já. Tem sempre uma ovelha negra na família. Eu sou a ovelha negra da minha. Todo mundo presta menos eu".

Para Miguel o mundo era uma reprodução da sua casa. Não distinguia com clareza as classes sociais e seus mecanismos. Referia-se ao Juiz de Menores como o posto mais alto da hierarquia social - ele era poderoso e rico "muito rico mesmo".

Miguel era o refugio da produção escolar. Havia sido expulso por mau comportamento e nunca mais estudou.

Trabalhou um pouco na roça mas não gostou pois cansava muito. Sem escola ficou sem o elo com o sistema produtivo. Como outros que atendíamos, não tinha as menores condições exigidas para trabalhar. Negro e com má-aparência (iriam com certeza dizer - "Tem cara de bandido"). Tinha passagem na polícia por homicídio. (Iriam com certeza dizer - "É bandido!"). Era semi-analfabeto e não tinha qualquer outra habilidade ou interesse.

Gostaria de fazer alguma coisa na Terapia Ocupacional, mas não sabia o quê.

O Setor estava iniciando e tinha poucos recursos. Tínhamos umas caixas de Catupiry vazias. Pedi ao guardinha da Instituição que comprasse fósforos. E começamos a colá-los. Ficou impressionado e animado com o trabalho. Voltou outro dia para terminá-lo.

Vinha pouco ao nosso serviço. Dizia que não gostava de andar de ônibus - o barulho doía a cabeça, ele viajava sempre com as mãos no ouvido. Aparecia para pegar mais caixinhas. Os fósforos ele comprava. Vendia todas pelos 5 cruzeiros da época.

Nunca se aventurou a fazer novo trabalho. Logo, após outra passagem policial, foi internado na Febem.

Cumpria-se o que ele disse no primeiro dia de atendimento.

"Dona, meu destino tá traçado. Eu não tenho mais volta".

Eu tinha certeza também.

(Programa de Atendimento à Adolescentes - Anotações - 1984)

A participação mais freqüente do terapeuta ocupacional em programas de característica social é uma realidade dos anos 80. Este fato, associado a um maior debate sobre a Política Nacional de Saúde Mental e ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, contribuiu para a discussão sobre a função social e política da Terapia Ocupacional.

Passa a ocorrer um movimento de contraposição aos modelos positivista e humanista da Terapia Ocupacional. Consta-se, então, o caráter a-histórico dessas práticas. Segundo a primeira concepção, atribuiria-se a Miguel uma doença ou uma "fraqueza" de personalidade já que seus irmãos não optaram pela delinqüência e foram criados sob as mesmas condições). Já a segunda concepção colocaria em destaque o quadro social que provocou a delinqüência de Miguel. Ambas, entretanto, proporiam estratégias terapêuticas que assegurassem sua adaptação à sociedade. Sem dúvida, uma "Compreensão alienada e alienante" (78).

Miguel é um dos elos importantes e necessários à existência e desenvolvimento de um sistema social, econômico e político baseado na concentração e acumulação da riqueza e na exploração da mão-de-obra.

Uma prática terapêutica ocupacional só poderá se dizer transformadora: quando possibilitar ao Miguel, à Claudinéia, ao João e à Maria a compreensão de sua dimensão histórica; quando não se apropriando do conhecimento compartilhar com eles o processo/projeto terapêutico; quando não impondo uma direção fornecer a eles elementos para a reflexão sobre sua posição e a escolha do seu próprio caminho (79); quando se aperceber, denunciar, negar e se reposicionar frente as armadilhas do poder implícitas nas relações sociais; quando realizar um processo de auto-crítica com relação aos mecanismos disciplinares enraizados na criação da profissão.

(78) FRANCISCO, Berenice Rosa. Terapia Ocupacional, p. 74.

(79) BAREMBLITT, Gregório. "As ciências do sexo e os feiticeiros da repressão. In Guido Mantega (org.), Sexo e Poder, p. 199.

Entretanto, ressalto a necessidade de cuidar-se para que uma prática terapêutica transformadora não se manifeste meramente panfletária.

Temo que, em contraposição à usual resposta: "Terapia Ocupacional? O que é? É a adaptação do homem à sociedade"; surja outra: Terapia Ocupacional é a transformação da sociedade". Ambas as respostas são desprovidas de consistência e não possibilitam caracterizar com clareza a identidade profissional. Outras práticas sanitárias e educacionais têm os mesmos propósitos.

Há que se cuidar para que não haja outra dicotomia teórico-prática e a Terapia Ocupacional mostre-se como uma prática sem teoria ou como uma teoria sem prática.

Ao contrário, acredito que é pela compreensão e elaboração do conflito, que se estabelece entre a (re) construção de sua teoria e a crítica de sua prática, que o terapeuta ocupacional poderá assumir-se verdadeiramente enquanto agente sanitário e político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Demerval Correa de. *Terapeutas e Pacientes no Capitalismo Dependente*. São Paulo, Centro de Pesquisa em Saúde Mental, 1982. 62 p.
- ARRUDA, Elso. *Terapêutica Ocupacional Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, s/e., 1962. 238 p.
- BARROSO, Carmen. *Mulher, Sociedade e Estado no Brasil*. São Paulo, Editora Brasiliense/Unicef, 1982. 188 p.
- BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa*. 3.ed. São Paulo, Editora Brasil Debates, 1982. 159 p.
- _____. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985. 326 p.
- BRUNETTO, Lídia. *Terapia Ocupacional: Correlação Teórico-Prática*. IN: ANAIS DO II ENCONTRO CIENTÍFICO PAULISTA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS. São Paulo, 1975. p. 5.0/5.44. Mimeo.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1986. 217 p.

- CHAUÍ, Marilena. *Conformismo e Resistência. Aspectos da Cultura Popular no Brasil*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1986. 180 p.
- _____. *O que é Ideologia*. 6.ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1981. 126 p.
- CODO, Wanderley. *O que é Alienação*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1985. 97 p.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do Mundo*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986. 217 p.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. 2.ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979. 124 p.
- DURAND, José Carlos. *Profissões de Saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983*. Cadernos FUNDAP. Profissões de Saúde, São Paulo, 5(10):4-23, jul/1985.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 4.ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984. 295 p.
- _____. *Vigiar e Punir*. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1983. 277 p.
- _____. *História da Loucura*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1972. 551 p.
- FRANCISCO, Berenice Rosa. *Terapia Ocupacional*. Campinas, Papirus, 1988. 104 p.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974. 312 p.
- GUIMARÃES, Áurea M. *Vigilância, Punição e Depredação Escolar*. Campinas, Papirus, 1985. 183 p.
- HOPKINS, H. & SMITH, H. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 5.ed. Philadelphia, J.B. Lippincot Company, 1978. 753 p.

- ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1975. 196 p.
- JUNG, C.G. *Fundamentos de Psicologia Analítica*. As Conferências de Tavistock. Petrópolis, Vozes, 1972. 239 p.
- LEWIN, Helena. *Educação e Força de Trabalho Feminino no Brasil*. Cadernos de Pesquisa. São Paulo, (32):45-59, fev./1980.
- LINEBAUGH, Peter. *Crime e Industrialização: a Grã-Bretanha no sêc.XVIII*. IN: PINHEIRO, Paulo Sérgio (org.) CRIME, VIOLÊNCIA E PODER. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- MAC DONALD, E.M. *Occupational Therapy in Rehabilitation*. 4.ed. Londres, Baillièere, Tindall, 1976. 469 p.
- MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber. A Trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1982. 217 p.
- MANTEGA, Guido (org.). *As ciências do sexo e os feiticeiros da repressão. Cadernos do Presente. Sexo e Poder*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1979. p. 183-218.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. FUNDAÇÃO NACIONAL DE ARTE. Coleção Museus Brasileiros & Museus de Imagens do Inconsciente, Rio de Janeiro, 1980. 191 p.
- OCCUPATIONAL Therapy: its definition an function. *American Journal of Occupational Therapy*, 26:204, 1972.
- PENA, Maria Valéria Junho. *Mulheres e Trabalhadoras*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981. 277 p.
- PIERRY, Claudia O. Martins. *Terapia Ocupacional: Profissão de Mulheres?* Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, PUCCAMP, Campinas, 1985.
- PRADO, Niobe. *Profissões de Saúde: profissões de mulher?* Cadernos FUNDAP. Profissões de Saúde, São Paulo 5(10): 44-56, jun./1985.

SANDER, Benno. *Consenso e Conflito. Perspectivas Analíticas na Pedagogia e na Administração na Educação.* São Paulo, Pioneira, (Rio de Janeiro), Universidade Federal Fluminense, 1984. 152 p.

SILVEIRA, Nise. *Imagens do Inconsciente.* 3.ed. Rio de Janeiro, Alhambra, 1981. 346 p.

_____. *Terapêutica Ocupacional. Teoria e Prática.* Rio de Janeiro, Casa das Palmeiras. 66 p.

_____. (coordenadora). Casa das Palmeiras. A emoção de lidar. Uma experiência em Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro, Alhambra, 1986. 88 p.

_____. *Os Inumeráveis Estados do Ser.* Rio de Janeiro, 1987. 60 p.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. *Terapia Ocupacional: Lógica do Capital ou do Trabalho?* Retrospectiva histórica da profissão no estado brasileiro de 1950 a 1980. São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 1987. 243 p. (Dissertação de Mestrado em Educação).

SPINK, Mary Jane P. *Regulamentação das Profissões de Saúde: o espaço de cada um.* Cadernos FUNDAÇÃO. Profissões de Saúde, São Paulo, 5(10):24-43, jul./85.

WILLARD, H. & SPACKMAN, C. *Terapêutica Ocupacional.* Barcelona, Editorial Jims, 1973. 540 p.

WOODSIDE, Harrier Hertlingler. *O desenvolvimento da Terapia Ocupacional 1910-1929,* in *Terapia Ocupacional aplicada à Saúde Mental e Psiquiatria.* Trabalho traduzido e compilado pelos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte, Campinas, 1979. Mimeo.